
BACHELORARBEIT

Frau
Lucia Kapellmann

**Reform der Krankenhausfi-
nanzierung unter besonderer
Berücksichtigung der Privati-
sierung**

2014

BACHELORARBEIT

Reform der Krankenhausfinanzierung unter besonderer Berücksichtigung der Privatisierung

Autor/in:

Frau Lucia Kapellmann

Studiengang:

**Gesundheitsmanagement, Sport, Prävention
und Bewegung**

Seminargruppe:

GM11wP1-B

Erstprüfer:

Professor Heinrich Wiedemann

Zweitprüfer:

Professor Michael von Gagern

Einreichung:

München, den 24.06.2014

BACHELOR THESIS

The Reform of Hospital Financing in Germany with particular Regard to Privatization.

author:

Ms. Lucia Kapellmann

course of studies:

Health care management

seminar group:

GM11wP1-B

first examiner:

Professor Heinrich Wiedemann

second examiner:

Professor Michael von Gagern

submission:

München, den 24.06.2014

Bibliografische Angaben

Nachname, Vorname: Kapellmann, Lucia

Thema der Bachelorarbeit: Reform der Krankenhausfinanzierung unter besonderer
Berücksichtigung der Privatisierung

Topic of thesis: The Reform of Hospital Financing in Germany with particular Regard to
Privatization

63 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

Abstract:

This bachelor thesis is about to analyze what Hospital Financing is and how a Reform of this system works and looks like. A special view will be given to the Privatization of the hospitals and it's effect on the Hospital Financing. The results are based on literature research.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
2 Krankenhausreformen	3
2.1 Entstehung und Veränderung der Krankenhaus Kultur in Deutschland	6
2.2 Die Aufgaben und Finanzierung der Krankenhäuser	9
2.2.1 Die Aufgaben der Krankenhäuser	11
2.2.2 Die Finanzierung	12
2.2.3 Die verschiedenen Trägerformen	25
2.3 Die wichtigsten Akteure im System Krankenhaus	29
2.3.1 Die Versicherungen	31
2.3.2 Der Gesetzgeber	33
2.3.3 Das medizinische und verwaltende Fachpersonal	34
2.3.4 Die Patienten/Kunden der Krankenhäuser	35
3 Aktuelle Lage der Krankenhäuser	37
3.1 Die Probleme	40
3.1.1 Die steigende Kosten	41
3.1.2 Das Personal	44
3.1.3 Über –und Fehlbehandlungen	44
3.1.4 Die wenige Compliance / Aufklärung der Patienten (Zeitmangel) und mangelnde Transparenz (schlechter Informationsfluss)	46
3.1.5 Auswirkungen des demografischen Wandels	49
3.1.6 Die neue Armut	51
3.1.7 Ausnützung und Überbelastung des Systems	51
3.2 Lösungsmuster/Ansätze und Inhalte in der Krankenhausreform 2014	53
4 Die Privatisierung der Krankenhäuser	57
4.1 Vorteile	58
4.2 Nachteile	60
5 Konklusion	61
Literaturverzeichnis	XI

Anlagen	XIX
Eigenständigkeitserklärung	XX

Abkürzungsverzeichnis

ASV = ambulant spezialfachärztliche Versorgung

BeitrEntlG = Beitragsentlastungsgesetz

BPfIV = Bundespflegesatzverordnung

DBfK = Deutscher Bund für Pflegeberufe

DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft

DKVG = Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft

DMP = Disease Management Programm

DRG = Diagnose Related Group

FPG = Fallpauschalengesetz

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-FinG = GKV-Finanzierungsgesetz

GKV-SolG = GKV-Solidaritätsgesetz

GSG = Gesundheitsstrukturgesetz

IV = integrierte Versorgung

KHEntgG = Krankenhausentgeltgesetz

KHG = Krankenhausfinanzierungsgesetz

KHRG = Krankenhausfinanzierungsgesetz

KRR = Krankenhausranking-Report

MVZ = medizinisches Versorgungszentrum

PKV = Private Krankenversicherung

StabG = Stabteilungsorganisationsgesetz

VDK = Verband der Krankenhausdirektoren

VLK = Verband der leitenden Krankenhausdirektoren

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 (Wahlplakate FDP/CSU 2014).....	4
Abbildung 2 (Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012) 8	
Abbildung 3 (Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012)	
.....	27
Abbildung 4 (Zusammenhng der wichtigsten Akteure im System Krankenhaus).....	29
Abbildung 5 (Gesetzliche Krankenkasse, Mitgliederstärke)	31
Abbildung 6 (Krankenhauspatientinnen- und Patienten 2012 nach Altersgruppen).....	36
Abbildung 7 (Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht)	50

1 Einleitung

Krankenhausreform ist in Deutschland ein Dauerbrenner. Nach jeder Reform stehen die alten Themen wieder auf und Neue kommen hinzu. Es gibt keine rechte Ruhe. Und angesichts der großen Bedeutung von Gesundheit für den Menschen, dem beachtlichen Anteil des Gesundheitswesens am Inlandprodukt und der wichtigen Rolle, welche die Krankenhäuser bei alledem haben, ist es auch ein Thema, das die Gemüter bewegt. Im Wahlkampf wird es herangezogen und ständig wird es von allen möglichen Akteuren für ihre Zwecke benützt. Diese Arbeit bemüht sich um eine nüchterne und faire Beschreibung der Krankenhausreform in Deutschland. Es soll ein Bild entstehen, in dem die typischen Züge des Gesundheitswesens am Beispiel der Krankenhäuser, ihrer durchgehenden Reformbedürftigkeit aber auch Entwicklung und Leistung deutlich hervortreten. Es soll darin sichtbar werden, dass die Reform des Gesundheitswesens in seinen wirtschaftlichen, politischen, technischen, sozialen und moralischen Aspekten notwendig dynamisch ist, weil sich in allen diesen genannten Bereichen schneller die Verhältnisse ändern als man durch Gesetzesänderungen nachziehen kann. Alle Probleme, mit denen Gesellschaft zu kämpfen hat, offenbaren hier ihre Stärken und Schwächen: Ernährung und Lifestyle, Arbeits- und Familienleben, ethnographische, technische und wirtschaftliche Entwicklung, die Effekte der Globalisierung ebenso wie die der Rationalisierung. Wirtschaft- und gesellschaftspolitisch ist dabei besonders interessant, wie sich der Trend zur Privatisierung auch im Gesundheits- und besonders im Krankenhausbereich durchzusetzen scheint. Der Grund dafür liegt in einer eindeutigeren Fokussierung auf die Gewinnerwartung. Das erhöht die für den privaten Sektor typische Effizienz durch Rationalisierung. Aber ist das auch die Lösung der sozialen Probleme, die Teil des Auftrags der Krankenhäuser sind?

Diese und ähnliche Fragen werden im Folgenden gestellt und im Kontext so gut es in diesem Rahmen möglich ist, beantwortet.

Es wurde dafür eine Gliederung gewählt, die sich ihrer Aufgabe in fünf Schritten nähert. Nach der Einleitung (Kap. 1) kommt eine eingehende Diskussion der Krankenhausreformen (Kap. 2) angefangen von der Krankenhauskultur in Deutschland, ihren Aufgaben und den Formen ihrer Finanzierung. Es werden in diesem Kapitel auch die Akteure beschrieben, die an den Reformen interessiert sind und mitwirken. In Kap 3 wird ausführlich die gegenwärtige Lage der Krankenhäuser beschrieben, die wichtigsten Probleme, mit denen sie kämpfen sowie Lösungen wie sie aus den neuesten Reformansätzen (2014) angestrebt werden. Schließlich wird in Kap 4 der Weg der Privatisierung beschrieben und es wird auf die Vorteile sowohl als auch auf manche Nachteile verwiesen. Kap. 5 schließlich fasst die Ergebnisse der Arbeit in einer Schlussbetrachtung zusammen und weist auch auf die Grenzen dieser Untersuchung hin.

In der Methode ist die Arbeit qualitativ und lebt von der Analyse der zur Verfügung stehenden Literatur.

2 Krankenhausreformen

Nirgendwo innerhalb der OECD-Staaten werden laut einer Studie so viele Koronar-Bypässe und Knieendoprothesen eingesetzt wie in Deutschland. Hier lässt sich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den stationären Überkapazitäten und den erbrachten Leistungsmengen herstellen. Diese Entwicklung, die derzeit in den Krankenhäusern stattfindet, ist nicht nur ökonomisch, sondern vor allem medizinisch und ethisch sehr bedenklich. Ferner weisen die Zahl der Behandlungen, der Rückgang der Verweildauer je Behandlungsfall und eine niedrigere Gesamtverweilzeit der Patienten auf einen Qualitätsverlust in deutschen Krankenhäusern hin und verdeutlichen, dass es neuer Reformen bedarf.¹ Reformbedarf besteht außerdem im Bereich der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), wo es darum geht, sektorale Grenzen zu überwinden, der integrierten Versorgung (IV) und der medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Überall geht es um Qualitätssicherung und Transparenz.² Hier verbergen sich Möglichkeiten der Steigerung von qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung und Einsparpotenzial. Die kommende Krankenhausreform 2014 sollte an diesen Punkten ansetzen, um einen weiteren Anstieg der Ausgabenlawine der Krankenhäuser zu vermeiden.

Die Arbeit beginnt damit zu klären, was eine Reform und speziell eine Krankenhausreform überhaupt ist. Zu reformieren bedeutet, einen Zustand bewusst zu verändern beziehungsweise umzugestalten. In den meisten Fällen kommt es dazu, wenn Unzufriedenheit über den Status quo vorherrscht oder Probleme nicht mehr von der Hand zu weisen sind. Eine Reform – bezogen auf ein Krankenhaus oder das ganze System von Kliniken in Deutschland – bedeutet also gegebenenfalls erhebliche strukturelle Veränderungen und eine Umgestaltung der bisherigen Prozesse und Abläufe. Diese können sehr tiefgreifend sein. Technischen und organisatorischen Verbesse-

¹ vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/c_harakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

² vgl. Patientenorientierung im Krankenhaus, Chancen durch eine angekündigte Krankenhausreform?, http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen_i_m_krankenhaus/patientenorientierung_im_krankenhaus/index.ger.html, Zugriff am 14.05.2014

rungsbedarf gibt es natürlich immer, denn ständig wandeln sich die Bedürfnisse und die Möglichkeiten. Die Ansprüche an das System Klinik unterliegen einem stetigen Wandel und der Bedarf an einer qualitativ hochwertigen Behandlung mit steigendem technischen Fortschritt und fortschreitendem Wissensstand wächst.

Im Gesundheitswesen und speziell in Bezug auf die Krankenhäuser gab es in Deutschland bereits mehrere einschneidende Reformen, die grundlegende Veränderungen am bisherigen System mit sich brachten. Ausschlaggebend hierfür sind neben dem finanziellen Druck auch der Wandel der Bedürfnisse hinsichtlich Art und Verfügbarkeit der medizinischen Versorgung in der Bevölkerung. Daneben lassen sich Gesundheits- und Krankenhausreformen gerne als politischer Erfolg verkaufen und die Parteien versuchen auf diesem Wege, Wähler für sich zu gewinnen.³ Beispielhaft hierfür sind die beiden nachfolgend abgebildeten Wahlplakate, die im Frühjahr 2014 im Vorfeld der bayerischen Bürgermeisterwahl aufgestellt wurden:



Abbildung 1 (Wahlplakate FDP/CSU 2014)⁴

³ Vgl. Mihm, Andreas, Stationäre Versorgung: Krankenhäuser müssen besser werden, www.faz.net/-gqg-78bsl, Zugriff am 05.02.2014

⁴ Quelle: Eigene Darstellung

In der Regel gehen diese Maßnahmen von den verschiedenen Parteien aus. Bestimmte Ausschüsse und Gremien erarbeiten neue Konzepte, Verbesserungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen, die das bisherige System optimieren sollen. Aktuell soll bis zum Jahresende 2014 eine neue Reform ausgearbeitet und umgesetzt werden. Mit der Ausarbeitung sind die Union und die SPD beschäftigt. Dieses Jahr geht es vor allem um einen besseren Einsatz des Budgets, eine flächendeckende klinische Notfallversorgung und eine Senkung der momentan explodierenden Ausgaben im Gesundheitssystem. Zudem soll eine deutliche Steigerung in der Behandlungsqualität erreicht werden.

In Bezug auf die Ausgaben ist eine effizientere Mittelverwendung unabdingbar, denn allein auf Grund des medizinisch-technischen Fortschrittes werden die Kosten weiter ansteigen. Diese weitreichenden Veränderungen, vor allem in Bezug auf die Finanzierung, wird in einer Bund-Länder-Gruppe erarbeitet, wie in einem Bericht der FAZ vom 13.11.2013 herauszulesen ist. Durch den geplanten Zuschuss von 500 Millionen Euro aus dem Gesundheitsfonds sollen marode Kliniken geschlossen oder in rentable Häuser umgestaltet werden. Ferner erhofft man sich durch die Verbesserung der Notfallaufnahme Einsparpotenzial, ebenso wie durch die Möglichkeit von Selektivverträgen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern.⁵

Diese neue Reform soll aber nicht nur zu Ersparnissen führen, sondern auch Gelder bereitstellen, die für Sanierungs- und Renovierungsmaßnahmen an den teils schon sehr maroden Krankenhäusern in Deutschland eingesetzt werden können.⁶ Neben diesen Problemen beschäftigt sich die Reform mit kommenden finanziellen Belastungen, die sich aus verschiedenen sozialen und politischen Entwicklungen ergeben. Hierbei muss vor allem der demografische Wandel sowie der generelle Anstieg der Behandlungskosten berücksichtigt werden. Darauf wird im Laufe der Arbeit nochmals explizit eingegangen. Im Folgenden soll zum besseren Verständnis der Gesamtsituation ein kurzer Rückblick in die Geschichte der Krankenhauskultur in Deutschland vorgenommen werden.

⁵ <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenhausreform-bis-ende2014-bessere-notfallversorgung-mehr-qualitaet-12661240.html>, Zugriff am 18.03.2014

⁶ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57299/Ersatzkassen-mahnen-Krankenhausreform-an>, Zugriff am 18.03.2014

2.1 Entstehung und Veränderung der Krankenhaus Kultur in Deutschland

Die Tatsache, dass man in Deutschland ein so gut aufgestelltes und funktionierendes System an Krankenhäusern und Kliniken antreffen und somit trotz aller Unkenrufe von einer flächendeckenden, guten medizinischen Versorgung der Bevölkerung sprechen kann, war nicht immer selbstverständlich und ist – im globalen Vergleich gesehen – in vielen Ländern immer noch nicht gegeben.

Die ersten Häuser, in denen Kranke gepflegt wurden, entstanden in Deutschland im 13. Jahrhundert, sofern man damals schon den Begriff Krankenhaus verwenden konnte.⁷ Viel eher war es ein Ort, an dem viele Arme, Obdachlose und eben auch Kranke, die man zu Hause nicht selbst pflegen konnte, aufgenommen wurden. Dass dies nicht die optimalen Voraussetzungen für Genesung und Stärkung der Kranken waren, stellte sich schnell heraus. Die meisten verließen das Krankenhaus kränker als sie gekommen waren.

Als Mitte des 14. Jahrhunderts die Pest über Deutschland hereinbrach und man erkannte, dass vor allem die schlechten hygienischen Bedingungen Auslöser für das schnelle Voranschreiten und Verbreiten der Krankheiten war, führte dies zu einer erheblichen Veränderung der Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern.⁸

In dieser Zeit entstanden viele karitative Einrichtungen der Kirche, die sich der Behandlung von Kranken, Alten und Schwachen widmeten wie beispielsweise der Orden der Barmherzigen Brüder oder die Johanniter.⁹ Noch heute bauen viele Krankenhäuser, soziale Anlaufstellen und Pflegeeinrichtungen auf diese Entwicklung auf.

Jedoch stellte man im Laufe der Zeit fest, dass für Genesung und Heilung andere Rahmenbedingungen benötigt wurden und so trennte man zunehmend die Kranken

⁷Charlotte Frank, Wo das Spital gefürchteter war als der Tod, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geschichte-des-krankenhauses-wo-das-spital-gefuerchteter-war-als-der-tod-1.1316825>, Seite 1, Zugriff am 19.03.2014

vgl. Nanette Peithmann, Der schwarze Tod – die Pest wütet über Europa, http://www.planet-wissen.de/politik_geschichte/mittelalter/leben_im_mittelalter/pest.jsp, Zugriff am 26.03.2014

⁹ vgl. Charlotte Frank, Wo das Spital gefürchteter war als der Tod, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geschichte-des-krankenhauses-wo-das-spital-gefuerchteter-war-als-der-tod-1.1316825>, Seite 2, Zugriff am 19.03.2014

von den Armen und Hoffnungslosen.¹⁰ Auch die Pest trug ihren Teil zur Entwicklung der Krankenhäuser bei. Die große Verzweiflung, die diese Krankheit mit sich brachte, ließ die Gelehrten, Mediziner und Pfleger nach- und umdenken. Dies wirkte sich positiv beispielsweise auf die hygienischen Bedingungen in den Häusern aus, sodass die meisten Kranken fortan ein sauberes Bett, frische Laken und dergleichen erhielten.

Nichts desto trotz blieb man, sofern man es sich leisten konnte, als Patient lieber zu Hause und ließ den Arzt kommen, denn verglichen zu unseren heutigen hygienischen Standards waren die Hospitäler bis zum Ende des 19. Jahrhunderts regelrechte Paradiese für Bakterien, Viren und allerlei Krankheitserreger.¹¹

Mit Entstehung der Krankenkassen und Versicherungen gegen Ende des 19. Jahrhunderts im Anschluss an die Bismarckschen Reformen wurden die Kliniken und Krankenhäuser immer mehr unter die Obhut des Staats gestellt. Parallel hierzu fanden Anfang des 20. Jahrhunderts enorme Entwicklungen sowohl auf der medizinischen als auch auf der technischen Seite statt und man hatte zu dieser Zeit erstmals die Hygiene in den Häusern unter Kontrolle. Die Gefahr der Ansteckung und Ausbreitung von Erregern sank deutlich und die Möglichkeit der sterilen Desinfektion, der Narkose und der Operationsmöglichkeit von vielen Krankheiten machte die Krankenhäuser zu Institutionen, ohne die das alltägliche Leben kaum mehr vorstellbar war.

So kommen wir zu unserem heutigen Stand. In Deutschland gibt es derzeit 2017¹² Krankenhäuser, die sich teils in privater, teils in staatlicher Hand befinden.

Aus den wenigen notdürftigen Einrichtungen, in denen Kranke geheilt werden sollten, entwickelte sich in Deutschland bis heute eine große Anzahl an gut ausgestatteten und hochmodernen Krankenhäusern.

¹⁰ vgl. Charlotte Frank, Wo das Spital gefürchteter war als der Tod, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geschichte-des-krankenhauses-wo-das-spital-gefuerchteter-war-als-der-tod-1.1316825>, Seite 1-2, Zugriff am 19.03.2014

¹¹ vgl. Charlotte Frank, Wo das Spital gefürchteter war als der Tod, <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geschichte-des-krankenhauses-wo-das-spital-gefuerchteter-war-als-der-tod-1.1316825>, Seite 2, Zugriff am 19.03.2014

¹² <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>

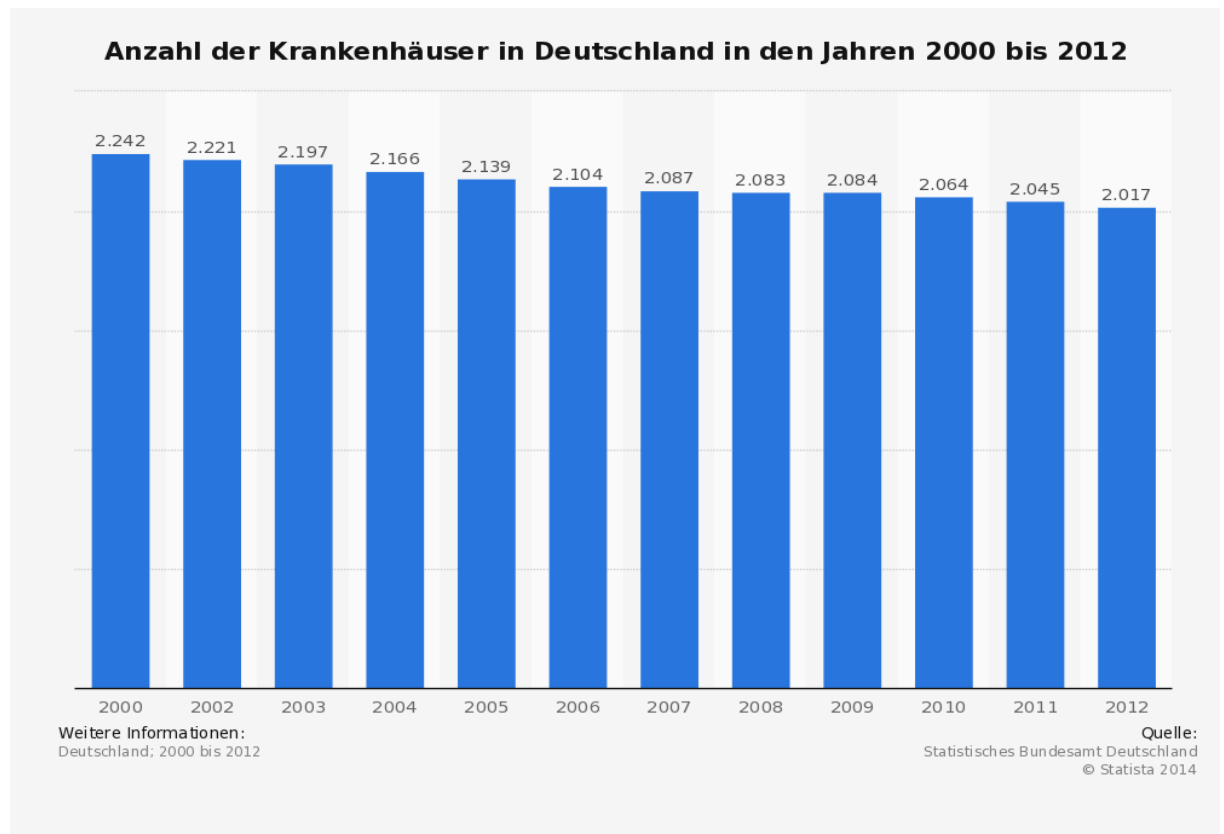


Abbildung 2 (Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012)¹³

Betrachtet man obige Grafik genauer, fällt auf, dass derzeit wieder ein Rückgang in der Anzahl der Krankenhäuser zu verzeichnen ist. Warum sich der Markt in diese Richtung entwickelt und ob dies nachteilig für die in Deutschland lebenden Menschen ist, soll im Laufe der Arbeit geklärt werden.

Im nächsten Abschnitt wird darauf eingegangen, wie die Krankenhäuser in Deutschland derzeit finanziert werden, welche Arten der Finanzierung es in diesem komplexen System gibt und welche Aufgaben von den Kliniken getragen werden müssen beziehungsweise zu erfüllen sind.

¹³ <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>

2.2 Die Aufgaben und Finanzierung der Krankenhäuser

„Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“¹⁴

Die Krankenhausfinanzierung unterliegt seit der Einführung des neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 einer ständigen Veränderung.¹⁵ Zuletzt führte der Gesetzgeber im Jahr 2002/2003 die diagnose-orientierte Fallpauschale ein und stellte somit das bisherige System auf eine völlig neue Grundlage.¹⁶ Dies bedeutete, dass jede erbrachte medizinische Leistung über eine diagnose-bezogene Fallpauschale abgerechnet wurde. Diese Reform stellte in einer langen Reihe von Entwicklungen die letzte grundlegende Veränderung in der Krankenhausfinanzierung dar. Im Jahr 2014 kommt nun die nächste große Reform auf das bestehende System zu.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes betrugen die Ausgaben für den Krankenhaussektor 2011 rund 76,8 Milliarden Euro. Dies entspricht 26 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Hiervon mussten 82,3 Prozent die gesetzlichen und 10,3 Prozent die privaten Krankenkassen tragen.¹⁷

¹⁴ Dieter M. Kampe, Karl-Heinz Bächstädt, Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung, WIKOM-Verlag, 2007, Seite 18

¹⁵ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

¹⁶ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

¹⁷ vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/charakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

Wirft man einen Blick auf den gesamten Gesundheitssektor, fällt der größte Anteil an den Gesamtausgaben auf die Krankenhäuser zurück. Im Jahr 2012 kam man auf 75,6 Milliarden Euro Kosten, die dem Krankenhaussektor am Gesundheitsmarkt zuzuordnen waren. Bei circa 300 Milliarden Euro Gesamtausgaben nimmt die Krankenhausversorgung der Bevölkerung 25 Prozent ein.¹⁸

Im Laufe des letzten Jahrhunderts entwickelten sich die Krankenhäuser und Kliniken von ursprünglich ausschließlich sozialen Einrichtungen, die sich der Aufgabe verschrieben hatten, die durch Krankheit entstandenen Leiden der Menschen zu heilen und zu lindern, hin zu Unternehmen, die neben der Betreuung und Pflege auch Kostendeckung und Gewinnerzielung im Fokus haben.¹⁹ Zu der Zeit, als die medizinische Versorgung noch einen sehr niedrigen technischen Standard aufwies und die Kosten überschaubar waren, wurden viele Häuser von Kirchen oder karitativen Einrichtungen getragen.²⁰ Dies änderte sich im Laufe des letzten Jahrhunderts jedoch grundsätzlich, da auch die Krankenhäuser und das gesamte Gesundheitssystem sich an das rasante Tempo der modernen Leistungsgesellschaft anpassen mussten. Dies führte, um ein Überleben der Krankenhäuser zu gewährleisten, dazu, dass immer mehr Einrichtungen von privaten oder kommunalen Trägern übernommen wurden.²¹

¹⁸ vgl. Kurscheid, Clarissa, Die zukünftige Rolle öffentlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, 2010, Seite 5

¹⁹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

²⁰ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

²¹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

2.2.1 Die Aufgaben der Krankenhäuser

Nach § 107 Abs. 1 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf ausgerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.²²

Daraus lassen sich die grundlegenden Aufgaben der Krankenhäuser ableiten. Sie sind zuständig für die flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung und laut Gesetz verpflichtet, diesem Auftrag nachzukommen.

Ergänzend kann man sagen, dass innerhalb eines Krankenhauses die primäre Aufgabe darin besteht, die Patienten aufzunehmen, einen Behandlungsplan zu erstellen, die erforderliche Leistung zu kommunizieren, die Durchführung der Behandlung zu bewerkstelligen, die klinische Dokumentation und zuletzt die Entlassung sowie die Weiterleitung des Patienten.

Hinzu kommen unterstützende Aufgaben wie Leistungsdokumentation, Führung der Patientenakten, Arbeitsorganisation und Ressourcenplanung, Krankenhausadministration und Kooperation in der Gesundheitsversorgungsregion.²³

²² vgl. § 107 SGB V

2.2.2 Die Finanzierung

Im Folgenden wird dargelegt, wie sich die Finanzierung der Krankenhäuser in letzter Zeit entwickelt hat, wie und warum es zu Änderungen kam und wie der heutige Status quo aussieht. In diesem Zusammenhang werden in der Regel drei verschiedene Formen von Finanzierung unterschieden, so wie sie sich in zeitlicher Folge nacheinander durchgesetzt haben:

1. Die freie Krankenhausfinanzierung (in Deutschland bis 1936)
2. Die monistische Krankenhausfinanzierung durch einen einzigen Finanzierungsstrom, Monistik (in Deutschland von 1936 bis 1972)
3. Die duale Krankenhausfinanzierung durch zwei Finanzierungsströme (in Deutschland formal von 1973 bis heute)

2.2.2.1 Freie Krankenhausfinanzierung

Vor dem Jahr 1936 lag in Deutschland die sogenannte freie Krankenhausfinanzierung vor, die auf dem Sachleistungsprinzip zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beruhte. Es wurden Pflegesätze vereinbart, die Investitions- und Betriebskosten sowie eine Verzinsung des betriebsnotwendigen Kapitals deckten. Gesetzliche Vorschriften und Maßstäbe seitens des Staates in Bezug auf die Pflegesatzvereinbarungen gab es nicht.²⁴

Das Krankenhauswesen wuchs in dieser Zeit stark, da es den meisten Kliniken auf Grund der vollen Deckung ihrer Selbstkosten durch die Krankenkassen finanziell sehr gut ging. Nicht nur die unklare vertragliche Situation mit den Kassen sorgte dafür, dass die Häuser mit Geld versorgt wurden, auch die große Anzahl an Privatzahlern sicherte

²³ vgl. Sivabalan, Sharmila, Krankenhausinformationssysteme, <http://lrb.cs.uni-dortmund.de/~hildebra/Seminare/Presentations/modinf/kis.pdf>, Zugriff am 13.05.2014

²⁴ vgl. Archut, Christian, Krankenhauslandschaft in Deutschland, Finanzierungsstruktur öffentlicher Krankenhäuser vs. privater Kliniken, Hausarbeit, 2007, Seite 2

die Einrichtungen materiell ab. Der Nachteil an diesem scheinbaren Vorteil lag aber damals schon auf der Hand, denn wer arm war und sich eine Behandlung oder eine Versicherung nicht leisten konnte, wurde von diesem System nicht aufgefangen. Bis zur Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung war die Zeit geprägt durch eine freie vertragliche Gestaltung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern.²⁵

2.2.2.2. Monistische Krankenhausfinanzierung

Von 1936 bis zum Jahre 1972 war in Deutschland die monistische Krankenhausfinanzierung Gesetz. Da im Laufe des Zweiten Weltkrieges fast zwei Drittel aller klinischen Einrichtungen zerstört worden waren, mussten die Träger, die meist alleine für die Finanzierung der Häuser zuständig waren, die Investitionen mit ihrem eigenen Vermögen stemmen. Es mangelte zu dieser Zeit nicht nur an Geld, sondern auch an medizinischen Geräten, Personal und Ausstattung. Daraufhin wurde 1954 die Verordnung PR Nr. 7/54 über Pflegesätze von Krankenanstalten erlassen.²⁶ Diese basierte auf dem Preisgesetz von April 1948, welches es nicht einmal den wirtschaftlichsten und sparsamsten Krankenhäusern erlaubte, ihre Selbstkosten zu decken.²⁷ Auch der Krankenhaussektor war durch den Krieg sehr in Mitleidenschaft gezogen worden. Es gab viel Bedarf an neuen Bauten, Renovierungen und Reparaturen. Hierfür wurden aus öffentlicher Hand vermehrt Steuergelder freigegeben. Dennoch wuchsen die Defizite der Häuser.²⁸ Die Forderung nach kostendeckenden Pflegesätzen der Krankenhäuser wurde immer lauter und dringender. Dieser Prozess, begleitet von einigen Untersuchungen zur finanziellen Lage der Krankenhäuser und öffentlichen und politischen Diskussionen über mögliche Reformen, zog sich bis ins Jahr 1972, in dem das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz erlassen wurde und eine grundlegende Veränderung mit sich brachte. Dieses Gesetz leitete den Wechsel von der monistischen zur dualisti-

²⁵ vgl. Archut, Christian, Krankenhauslandschaft in Deutschland, Finanzierungsstruktur öffentlicher Krankenhäuser vs. privater Kliniken, Hausarbeit, 2007, Seite 3

²⁶ vgl. Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9.09.1954, http://books.google.de/books?id=f6hEL98fBzAC&pg=PA71&lpg=PA71&dq=Bundesanzeiger+9.9.1954&source=bl&ots=E9ESQFhDAI&sig=0LKK0A-LvY_V-V_bt8YKOKKeVTo&hl=de&sa=X&ei=QzVzU4bbO8iayAOa0IAo&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Bundesanzeiger%209.9.1954&f=false, Zugriff am 14.05.2014

²⁷ vgl. Preisgesetz, <http://de.inforapid.org/index.php?search=Bundespflegesatzverordnung>, Zugriff am 14.05.2014

²⁸ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

schen Finanzierung ein. Seither werden die Krankenhäuser nicht mehr aus einem, sondern aus zwei Finanzierungsströmen gespeist.

2.2.2.3 Dualistische Krankenhausfinanzierung

Der beständige Anstieg der Kosten in den Krankenhäusern führte schließlich dazu, dass sich im Jahre 1969 erstmals die Ansicht durchsetzte, dass die Deckung der Kosten in Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe sei und nicht nur auf den Schultern der Krankenkassen und Versicherten lasten dürfe.²⁹ Daraufhin wurde drei Jahre später im Jahr 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erlassen, welches der Forderung nach staatlicher Beteiligung an den Kosten gerecht werden sollte. Zweck dieses Gesetzes war die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine leistungsfähige und bedarfsgerechte Krankenversorgung zu garantieren.³⁰ Dieses Gesetz sollte Versorgungsengpässe beseitigen. Die Krankenplanungshoheit blieb jedoch weiterhin den Bundesländern überlassen.³¹

Mit der Einführung des KHG 1972 lag die Aufgabe der Finanzierung in den Händen des Staates einerseits und in denen der Krankenkassen und Versicherten andererseits. Von nun an wurden die Investitionskosten von der öffentlichen Hand, also Länder und Bund, und die Betriebskosten von Krankenkassen und Patienten getragen.³² Die Pflegesätze, die immer noch auf dem Preisrecht von 1954 beruhten, galten auch nach 1972 noch und stellten sich als nicht mehr tragbar heraus, da man mit ihnen der steigenden Kosten nicht Herr werden konnte. So sprach man damals plakativ von einer regelrechten Kostenexplosion in den Krankenhäusern.³³ Diese wurden im folgenden Jahr 1973 durch den Erlass der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 25. April 1973 abgelöst.³⁴ Es wurde das Prinzip der Selbstkostendeckung eingeführt und der Anreiz zu wirtschaftlichem Handeln in den Krankenhäusern aufgegeben, da die Kran-

²⁹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

³⁰ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

³¹ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 14

³² vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite VIII

³³ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite IX

³⁴ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite IX

kenkassen am Ende einer Berichtsperiode zum Ausgleich der entstandenen Kontosal-
den gesetzlich verpflichtet waren.³⁵ Demzufolge mussten die Pflegesätze auf der
Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden leistungsfähigen Kranken-
hauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung
ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die
Krankenhäuser sichern.³⁶ Dieser Beschluss basierte auf dem Prinzip der Kostende-
ckung, jedoch stellte er in der Praxis keine Garantie für die Häuser dar, dass ihre
Selbstkosten wirklich gedeckt waren. Auf Grund der Tatsache, dass unabhängig von
Erkrankung, behandelnder Abteilung und Behandlungsaufwand für jeden Patienten
und jeder Patientin ein tagesgleicher Pauschalbetrag erstattet wurde, war die Deckung
der Selbstkosten unter ausschließlich wirtschaftlichen und notwendigen Kostenfaktoren
nicht immer vollständig gesichert. Zu dieser Zeit bestand das erste Mal die Möglichkeit
des Gewinn- und Verlustausgleichs durch die Einführung eines flexiblen Budgets und
durch Rationalisierungsmaßnahmen Gewinne zu erzielen.

Auf Grund des medizinischen Fortschritts, erhöhter Fallzahlen und der allgemeinen
Preisentwicklung stiegen die Kosten in den Krankenhäusern von Jahr zu Jahr stetig an.
Auf die BPfIV im Jahr 1973 folgte vier Jahre später das Krankenversicherungs-
Kostendämpfungsgesetz 1977, das zur Ausgabendämpfung der GKV verhelfen und die
Beitragsstabilität der Versicherten wahren sollte. Die beitragsfreie Mitversicherung von
Familienmitgliedern wurde eingeschränkt, um höhere Einnahmen durch mehr Beitrags-
zahler zu generieren. Ab diesem Zeitpunkt durften lediglich Familienmitglieder, die we-
niger als 370 DM im Monat verdienten, kostenlos mitversichert werden. Auch Kinder
eines gesetzlich Versicherten waren nicht mehr automatisch und kostenlos im Rahmen
der Familienversicherung untergebracht. Sie werden ab diesem Zeitpunkt dem jeweils
besser verdienenden Elternteil zugerechnet. Ist dieser nicht in der GKV und liegt sein
Einkommen über 2550 Mark, müssen die Kinder zusätzlich versichert werden, entwe-
der bei der gesetzlichen oder einer privaten Kasse.³⁷ Die bisherigen Beiträge reichten
nicht mehr aus, um die wachsenden Kosten, die durch das neue rein retrospektive
Vergütungssystem entstanden waren, zu decken.

³⁵ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks-
und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 15

³⁶ vgl. Krankenhausgesetz, §17, Abs.1

³⁷ vgl. Hoffmann, Wolfgang, Kostendämpfungsgesetz: Vieles in der Schwebe, Die Zeit, 05.08.1977,
<http://www.zeit.de/1977/32/vieles-in-der-schwebe>, Zugriff am 09.05.2014

Die Reaktion darauf war das 1981 verabschiedete Kostendämpfungsgesetz, welches das bedarfsplanerische Instrumentarium der Bedarfsplanung und Budgetierung in den Einrichtungen verbesserte. Die Länder, die nach wie vor die Pflegesätze genehmigten, forderten mehr Gestaltungsmöglichkeiten und Mitspracherecht in der Planung. Dieses Gesetz konzentrierte sich vorwiegend auf alle Maßnahmen, die zu Einsparungen führten. Auf diese Weise wollte man vor allem steigende Krankenkassenbeiträge vermeiden, da die wirtschaftliche Lage der Kassen zu dieser Zeit nicht sonderlich gut war.³⁸ Man gestand sowohl der GKV als auch der PKV Mitwirkung bei der Bedarfsplanung zu und betraute sie mit der Aufgabe, Empfehlungen über Maßstäbe für die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit auszusprechen.³⁹ Als logische Konsequenz auf diese Entwicklung wurde im Dezember 1984 das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz verabschiedet, welches sich verstärkt an den vorkalkulierten Kosten orientierte und die Bundesfinanzhilfen abschaffte. Ziel dieses Gesetzes war es, dass sich der Bund aus der Krankenhausfinanzierung zurückziehen konnte und in die Vergütungssystematik mehr Prospektivität eingeführt wurde.⁴⁰ Prospektive Finanzierung bedeutet die vorausschauende Vergütung der Krankenhausleistungen. Sie orientiert sich an den Fallzahlen und den Kosten des letzten Jahres. Die Mischfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch Bund und Länder wurde aufgehoben, am dualen Prinzip wurde jedoch festgehalten. Die operativen Kosten wurden weiterhin durch die Krankenkassen gedeckt und die Investitionskosten übernahmen anstelle des Bundes die Länder. Zudem wurde ein maximaler Satz von 25 Prozent der real entstandenen Kosten für die nachträgliche Kostenerstattung durch die Kassen festgelegt.⁴¹

Nach einer Neufassung des KHG, die am 1. Januar 1986 in Kraft trat, führte man erstmals ein flexibles Budget mit Ausgleichsverpflichtungen ein. Der Anstieg der Kosten war durch diese Neuerung nicht aufzuhalten und so gab man 1992 das Selbstkostendeckungsprinzip bei der Berechnung der Pflegesätze mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wieder auf. Die mit diesem Gesetz eingeführte sektorale Budgetierung führte erstmals ein flexibles Budget auf Basis der Ausgaben aus dem Jahr 1992 zur

³⁸ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite IX

³⁹ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 15

⁴⁰ vgl. der Duden, <http://www.duden.de/rechtschreibung/prospektiv>, Zugriff am 09.05.2014

⁴¹ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 15

Fixkostenabsicherung ein und ermöglichte es den Krankenhäusern, tagesgleiche Pflegesätze als Abschlagszahlungen zu erheben. Diese Pflegesätze bestimmen das prospektiv vereinbarte Budget des Krankenhauses. Somit verblieben Gewinne sowie Verluste beim Krankenhaus. Man gestattete den Krankenhäusern ab diesem Zeitpunkt neben Rationalisierungsmaßnahmen zur Kosteneinsparung auch mit Gewinnerzielungsabsicht zu arbeiten. Dies sollte ebenfalls Einsparungen und wirtschaftlicheres Handeln mit sich bringen. Da den Krankenhäusern nun nicht mehr die Verweildauer der Patienten vergütet wurde, sondern lediglich der zu behandelnde Fall, waren sie daran interessiert, den Patienten möglichst schnell und kostengünstig zu versorgen, da eine lange Verweildauer oder Komplikationen in der Behandlung vom Klinikum selbst zu tragen war.

Mit dem 1992 erlassenen neuen GSG gab es bei weiter steigenden Kosten eine neue umfassende Gesundheitsreform, die einschneidende Änderungen zur Stabilisierung der Krankenkassenbeiträge vorsah. Vorrangig ergaben sich Veränderungen in der Budgetierung der Leistungsausgaben und den Verwaltungskosten, die Einführung eines Arznei- und Heilmittelbudgets, steigende Zuzahlungen der Versicherten, Steuerung der Ärztezahlen durch Bedarfsplanung, Pflegepersonal-Regelung, Einführung der freien Krankenkassenwahl, Risikostrukturausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen, eine geplante Einführung einer Positivliste für Arzneimittel, die Förderung von ambulanten Operationen und die Einführung eines neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser.⁴²

1995 wurden durch die BPfIV die im GSG von 1993 erlassenen Gesetze für die Krankenkassen und Krankenhäuser verpflichtend und die Abrechnung mit Fallpauschalen gesetzlich bindend. Zuvor wurde nach Verweildauer in Form von Tagessätzen abgerechnet. Die neue Vergütungssystematik setzte sich nun aus einem Mischsystem aus Budget- und Fallpauschalfinanzierung zusammen. Die Leistungen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes wurden durch die Abteilungspflegesätze abgedeckt und die Betriebskosten der übrigen Dienstleistungen im Krankenhaus wie der Wäsche, Küche und Verwaltung durch die Basispflegesätze vergütet. Bei Sonder- oder Schwerefällen

⁴² vgl. wikipedia-Eintrag

von Behandlungen wurde es den Kliniken ermöglicht, weitere Verweiltage durch den Abteilungspflegesatz abzurechnen.⁴³

Parallel zu diesem Gesetz wurde der Gesetzgeber verpflichtet, ab 1996 landeseinheitliche Entgelte in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten einzuführen. Ab diesem Zeitpunkt richteten sich die Entgelte nicht mehr nach dem bis 31. Dezember 1992 geltenden Kostendeckungsprinzip, sondern nach der Bundespflegesatzverordnung. Dieses schrieb die Fallpauschalen, die für bestimmte Behandlungsfälle eingeführt wurden, die Sonderentgelte, die für bestimmte operative Eingriffe angesetzt waren, und ein krankenhausesindividuelles Budget, welches mit Hilfe von Abteilungs- und Basispflegesätzen abzurechnen war, vor.⁴⁴ Mit dem GSG gab es von 1993 bis 1995 eine Deckelung des Krankenhausbudgets, dessen Erhöhung sich grundsätzlich nur an der Grundlohnentwicklung orientierte. Somit durfte eine Budgeterhöhung nicht höher steigen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der Krankenkassen.

1996 folgte auf das GSG das Stabilisierungsgesetz (StabG), welches die Deckelung des Budgets weiter verschärfte. Rückwirkend wurde eine feste Erlösobergrenze für das Jahr 1996 vorgegeben. Damit durfte das Budget aus 1995 maximal entsprechend der linearen Erhöhung des Bundesangestelltentarifs steigen. Angedacht war, das zur Verfügung gestellte Budget in den kommenden Jahren bis 1999 jährlich um ein Prozent zu kürzen. Dies sollte vor allem Fehlbelegungen in den Häusern abbauen und dadurch die Beiträge in den gesetzlichen Krankenversicherungen entlasten. Die Reduzierung des Budgets sollte durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 fortgeführt werden. Zudem wollte man zur Fallpauschalvergütung zurückkehren. Die Verschärfung der Budgetdeckelung von 1996 wurde aufgehoben und zur Abrechnungssystematik nach der Bundespflegesatzverordnung von 1995 zurückgekehrt.⁴⁵ Auf Grund des Beitragsentlastungsgesetzes (BeitrEntlG) von 1997 wurden die Krankenkassenbeiträge um 0,4 Prozent abgesenkt. Als Ausgleich für die Mindereinnahmen sollte der vom StabG geforderte einprozentige Abstrich in den Budgets von 1997 – 1999 dienen. Die

⁴³ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 18

⁴⁴ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite X

⁴⁵ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 18

Krankenkassen argumentierten dabei vor allem mit dem markanten Einsparungspotenzial, das den Krankenhäusern durch sorgfältigere Belegungspolitik zur Verfügung stünde. Auch die Einführung der Pflegeversicherung war ein Argument der Krankenkassen für diese Sparmaßnahmen.⁴⁶ Grundsätzlich zählt man zu Fehlbelegungen alle Patienten, die im Krankenhaus stationär verweilen, obwohl dies medizinisch nicht mehr notwendig ist. Aus Sicht der Kliniken bringt dies aber eine bessere Gesamtauslastung und somit höhere Einnahmen. Weiterhin war die Entwicklung des Grundlohns Maßstab für den Anstieg des Krankenhausbudgets.⁴⁷

Fortlaufend wurde mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 die Begrenzung der Erlöse für stationäre Krankenhausleistungen fortgeführt. Dieses galt mit leichten Abänderungen auch für die Jahre 1999 und 2000. Zudem setzte es sich zum Ziel, die Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu wahren. Dieses Gesetz wurde mit der Notwendigkeit begründet, dass man unvertretbare Belastungen wie Selbstbehalte und Zuzahlungen von den Patienten und Versicherten abwenden müsse.⁴⁸

Im Jahr 2000 wurde das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) erlassen und führte die Bestrebungen der Deckelung des Krankenhausbudgets fort. Die Idee von der Einführung eines pauschalisierenden leistungsorientierten Vergütungssystems wurde zu diesem Zeitpunkt erstmals formuliert. Ausgenommen vom GKV-Modernisierungsgesetz sollten einige Krankenhausabteilungen wie die Psychiatrie oder die Psychosomatik sein, in denen dieses System nicht tragbar gewesen wäre. Langfristige Zielsetzung war es, mit dem Gesundheitsreformgesetz (GKV) im Jahr 2000 die DRG-Systematik einzuführen und mit dem Kran-

⁴⁶ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 19

⁴⁷ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite X

⁴⁸ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 20

kenhausfinanzierungsgesetz die Weichen für eine zentrale Norm zur Implementierung der DRGs zu stellen.⁴⁹

Als weiterer Schritt zur Kostendämpfung wurde am 23. April 2002 ein neues Fallpauschalengesetz (FPG) entworfen, welches es den Krankenhäusern ermöglichte, nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abzurechnen.⁵⁰ Dieses Gesetz war ab 2003 freiwillig anwendbar und ab 2004 verpflichtend. In diesen zwei Jahren versuchte man, die Krankenhausbudgets noch nicht auf DRG-Basis zu ermitteln, um die Krankenhäuser in der Einführungsphase nicht über Gebühr zu strapazieren. Diese Phase nannte sich budgetneutral. Mit dem neuen Fallpauschalengesetz trat auch das Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) in Kraft und legte ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem nach dem Top-Down-Prinzip fest. Auf den Krankenhaussektor bezogen, bedeutet dieser Schritt, dass eine Ermittlung der Kosten je Fallgruppe – von einer zentralen Dokumentation der Leistungs- und Kostendaten ausgehend – stattfindet. In diesem neuen Abrechnungssystem ist jedem stationären Behandlungsfall eine Fallgruppe, sprich DRG (diagnose related group) ein bestimmtes Kostengewicht zugeordnet. Dies bildet den durchschnittlichen Ressourcenaufwand auf Grund der Fallschwere für das Krankenhaus ab. Im DRG-Fallpauschalensystem werden verschiedene Diagnosen zu einer mehr oder weniger überschaubaren Anzahl von Abrechnungspositionen zusammengefasst. Der tatsächliche ökonomische Aufwand innerhalb einer Fallgruppe sollte möglichst vergleichbar sein, um eine entsprechende Vergütung zu erhalten. Dieses ärztlich-ökonomische Patientenklassifikationssystem dient dazu, Behandlungsfälle in Akutkrankenhäusern in eine beschränkte Anzahl klinisch definierter Gruppen nach möglichst ähnlichen Behandlungsfällen einzuteilen.⁵¹

Die sogenannten DRGs sind in einem Katalog nach überwiegend organbezogenen Hauptbereichen untergliedert. Zunächst ist hierbei die Hauptdiagnose maßgeblich. Ergänzt wird diese durch eine weitere Differenzierung nach Schweregrad der Erkrankung sowie eventueller Nebendiagnosen und Komplikationen. Weitere Kriterien wie

⁴⁹ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 20

⁵⁰ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite X

⁵¹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XVI

Alter, Vorerkrankung, Geschlecht und Geburtsgewicht werden ergänzend hinzugezogen. In Deutschland gab es im Jahr 2013 1187 Fallgruppen, für deren Ermittlung die tatsächlichen Behandlungskosten aus 241 Krankenhäusern berücksichtigt wurden. Diesen standen drei Millionen Krankenhausbehandlungen, sprich Fälle entgegen. Ihre Zuordnung erfolgt mit einem speziellen EDV-Programm namens „Grouper“.⁵²

Vereinfacht dargestellt, funktioniert diese Rechnung wie folgt: Jede Fallgruppe erhält eine Bewertungsrelation, auch „cost weight“ genannt. Dieser wird mit dem sogenannten Basisfallwert, auch als „base-rate“ bezeichnet, multipliziert. Zusätzlich zu dieser Komponente kann das Krankenhaus weitere Vergütungen in Form von Zusatzentgelten, Zu- und Abschlägen und tagesgleichen Entgelten oberhalb der Grenzverweildauer für seine Leistungen erhalten. Zudem steht jedem Krankenhaus ein landesweiter gleicher Festpreis vom Gesetzgeber zu. Dies ist der bereits erwähnte Basisfallwert. Da der Basisfallwert landesweit einheitlich gestaltet ist, sind die individuellen Kosten vom Krankenhaus nicht von Bedeutung, da immer nur ein einheitlicher Betrag erstattet wird. Diese Regelung sollte umgehen, dass Behandlungen in verschiedenen Bundesländern Deutschlands günstiger oder teurer sind. Grundsätzlich werden seit 2003 sämtliche Krankenhausleistungen nach diesem System vergütet.⁵³ Bezüglich des Gesamtbudgets wird aus kompensatorischen Gründen ein Mehr- oder Mindererlösausgleich zugelassen, dass heißt eine Flexibilisierung des Budgets. Somit erhöht sich die Gewinnerzielungsmöglichkeit für rentable Krankenhäuser, aber auch die Verlustwahrscheinlichkeit für unrentable und schlecht wirtschaftende Häuser. Es zeichnet sich allerdings hier schon die Tendenz ab, dass sich Krankenhäuser auf wirtschaftlichere Abteilungen wie beispielsweise hoch spezialisierte Eingriffe oder standardisierte Eingriffe konzentrieren und zeitaufwendige Behandlungen vernachlässigen.

Der Prozess der Einführung dieses neuen Abrechnungssystems, das ursprünglich aus Australien stammt, fand stufenweise im Zeitraum von 2003 bis 2009 statt. Im Jahr 2005 passte man die bisherigen krankenhausesindividuellen Preise für die jeweiligen Fallgruppen an das landesweite Preisniveau an. Man erhielt somit erstmals einen landesweiten

⁵² vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/c_harakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

⁵³ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XII

Basisfallwert, der von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen war.⁵⁴ In dieser Anpassungs-, auch Konvergenzphase genannt, wurden die Preise entweder angehoben oder abgesenkt. Für diesen Prozess der Anpassung plante man drei Jahre ein und bis Ende 2007 wollte man einen krankenhausindividuellen Basisfallwert erreicht haben, der dem landesweit gültigen entsprach und ein funktionsfähiges System auf Basis der DRGs erhalten. Diese Phase wurde im Anschluss bis zum 1. Januar 2009 verlängert. Ab diesem Zeitpunkt sollten gleiche Preise für gleiche Leistungen landeseinheitlich gelten, jedoch längerfristig bundeseinheitliche Preise festgelegt werden.⁵⁵

Die Gesundheitsreform im Jahr 2006 sollte die Finanzierung der GKV über einen neuen Gesundheitsfonds mit sich bringen und die Zentralisierung des Einzuges der Krankenkassenbeiträge. Der bundeseinheitliche Einzug der Krankenkassenbeiträge durch den Gesundheitsfonds schaffte im Wesentlichen eine Vereinfachung und Entbürokratisierung des Beitragseinzugsprozesses, änderte jedoch nichts an der Finanzierungsgrundlage der Krankenkassenbeiträge. Auch innerhalb der verschiedenen Krankenkassen sollte das zu positiven Effekten führen, da es den umstrittenen Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen überflüssig machte.⁵⁶

Laut Plan sollte die Konvergenzphase, um einen einheitlichen Landesbasisfallwert zu erhalten, im Jahr 2009 beendet werden. Daher war es Aufgabe des Gesetzgebers zum 1. Januar 2009 neue Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung zu schaffen. Daher trat am 25. März 2009 das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung in Kraft, auch als Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG), (BGB1. I S. 534) bekannt. In diesem findet man Änderungen in wesentlichen Teilen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung. Des Weiteren sieht es die Einführung einer leistungsorientierten Investitionspauschale vor sowie eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen.⁵⁷ Die leistungsorientierte In-

⁵⁴ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XIII

⁵⁵ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XIII

⁵⁶ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 22

⁵⁷ Pfeiffer, Leber, Krankenhausfinanzierung, Zentrale Fragestellungen und ihre Lösungen, Luchterhand Verlag, 2011, Seite 5-45

vestitionspauschale wird seit dem 2011 in den Krankenhausgesetzen der Länder umgesetzt. Seitdem besteht die pauschale Förderung aus der Grund- und einer Leistungspauschale.

Am Ende des Jahres 2010 erließ der Gesetzgeber das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) und änderte damit die Rahmenbedingungen der Preisvereinbarung für die kommenden Jahre. Hierzu gehörten die Regelungen zur eingeschränkten Berücksichtigung der Grundlohnrate und die Wiedereinführungen von Abschlägen bei vereinbarten Mehrleistungen. Das in 2009 eingeführte Programm zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege wurde fortgeführt und in die Landesbasisfallwerte übernommen.⁵⁸

Am 14. Dezember 2012 wurde schließlich die Vereinbarung zu einem einheitlichen landesweiten Basisfallwert von dem Vertragspartner GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherungen und der deutschen Krankenhausgesellschaft unterzeichnet. In dessen Folge ergab sich im Jahr 2012 ein durchschnittlicher Basisfallwert von 3.068,37 Euro. Für das Jahr berechnete man als Untergrenze 3.030,02 Euro und 3.145,08 Euro als Obergrenze.

Da das Fallpauschalensystem nicht alle Fälle an Erkrankungen abdeckte, fügte man eine Öffnungsklausel für Leistungen, die mit der Fallpauschale noch nicht sachgerecht abgerechnet werden konnten, hinzu. Daneben bestand für Krankenhäuser die Möglichkeit, Fälle von Schwerekrankungen und anderen Ausnahmefällen aus dem System herauszunehmen. Hierfür waren innerhalb des Budgets spezielle fall- oder tagesbezogene Entgelte analog den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung zu vereinbaren. Diese Öffnungsklausel wurde eingeführt, da es bis heute nicht gelungen ist, die als Vorbild verwendete australische Klassifikation vollständig an die deutschen Verhältnisse und Bedürfnisse anzupassen.

⁵⁸ Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 270

Zusammengefasst kann ein Krankenhaus jede stationäre Leistung über das Fallpauschalengesetz abrechnen und vergütet bekommen. Hierzu zählen ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus. Hier findet eine weitere Unterteilung in allgemeine Krankenhaus- und Wahlleistungen statt. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen die medizinische zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patienten, welche durch die Wahlleistungen, die aber gesondert be- und abgerechnet werden müssen, ergänzt werden können. Beispielhaft hierfür wäre eine Chefarzt-Behandlung oder die Wahl eines Einzelzimmers.⁵⁹

Das sogenannte Gesamt- oder Jahresbudget wird jährlich von den Krankenhäusern mit den Krankenkassen zur Vergütung der vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für das Folgejahr vereinbart. Gemäß dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses wird eine bestimmte Leistungsmenge festgelegt. Das Budget errechnet sich an Hand der DRGs, die jährlich überarbeitet und angepasst werden. Da in diesem Fall immer für das Folgejahr berechnet wird, kann es zu positiven oder negativen Leistungsabweichungen in den Einrichtungen kommen.

Darüber hinaus können Krankenhäuser Einzelförderungen durch die Länder erhalten, mit denen langfristige Investitionen wie etwa Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen umgesetzt werden können. Zudem gibt es eine Pauschalförderung für jede Klinik, deren Höhe sich an der Zahl der Planbetten innerhalb des Hauses ausrichtet. Diese soll für kurzfristige Anschaffungen zur Verfügung stehen. Im Jahr 2009 wurde das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (KHRG) verabschiedet. Damit ist die Pauschalförderung um eine leistungsorientierte Investitionspauschale ergänzt worden. Seit dem Jahr 2011 haben die Krankenhäuser Anspruch auf eine pauschale Förderung, die sich aus einer Grund- und Leistungspauschale zusammensetzt.

Die Grundpauschale orientiert sich an der Zahl der Planbetten in einem Krankenhaus sowie an der Anzahl der teilstationären Plätze. Die Leistungspauschale hingegen ergibt

⁵⁹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XIX

sich aus der Menge an stationär behandelten Personen, die in der Regel nach den diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet werden.⁶⁰

Ergänzend zu den Fallpauschalen entwickelten sich noch einige andere Programme, über die Kliniken mehr Gelder beziehen konnten. Ein Beispiel hierfür sind beispielsweise die Teilnahme an Disease Management Programmen (DMP) oder der Abschluss von Selektiv-, Einzel- und Exklusivverträgen mit den Krankenkassen für bestimmte Fälle beziehungsweise Krankheitsbilder. Die sogenannten DMPs stützen sich auf die evidenzbasierte Medizin und finden vor allem bei chronischen, schwerwiegenden oder langjährigen Erkrankungen Anwendung.

2.2.3 Die verschiedenen Trägerformen

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das seit 1972 bis heute gilt, hat vor allem die wirtschaftliche Sicherung mit einer leistungsfähigen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung der Krankenhäuser zum Ziel. Bei der Durchführung dieses Gesetzes ist vor allem die Vielfalt der Träger zu beachten. Krankenhäuser können in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft betrieben werden.⁶¹

Krankenhäuser, die sich in öffentlicher Trägerschaft befinden, haben als Betreiber eine Körperschaft, eine Anstalt oder eine Stiftung des öffentlichen Rechts. Träger können der Bund und die Länder sein. Beispielhaft hierfür sind Bundeswehr-, Polizei- und Universitätskrankenhäuser. Der größte Teil der Häuser in öffentlicher Trägerschaft ist in kommunaler Trägerschaft, sprich Betreiber sind Gemeinden und Landkreise. Die Kommunen müssen im Rahmen des kommunalen Sicherstellungsauftrags durch die Landesgesetze bestimmte Aufgaben der stationären Versorgung erfüllen und in den

⁶⁰ vgl. Krankenhausfinanzierung, <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausfinanzierung>, Zugriff am 05.05.2014

⁶¹ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XI

Grenzen ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit entsprechende Gesundheitseinrichtungen erhalten.⁶²

Die zweite Art ist die freigemeinnützige Trägerschaft. Der Träger gehört hier einer religiösen, humanitären oder sozialen Vereinigung an und handelt aus glaubensbedingten und weltanschaulichen Motiven heraus. Hierzu zählen beispielsweise Ordens- oder Rot-Kreuzkrankenhäuser. Die Kirchen haben eine große und lange Tradition in der Trägerschaft von Krankenhäusern und stellten über eine lange Zeit die Versorgung sicher.⁶³

Zuletzt können Krankenhäuser in privater Trägerschaft angeführt werden. Private Träger sind meist natürliche oder juristische Personen des Privatrechts, z. B. GmbH, AG oder Verein. Sie unterscheiden sich vor allem in ihrer Gewinnerzielungsabsicht von den anderen beiden Trägerarten. Sie verfolgen die Absicht der Gewinnerzielung und bedürfen daher in den meisten Fällen einer gewerblichen Konzession.⁶⁴ Der Wechsel von kommunalen und freigemeinnützigen hin zu privat-gewinnorientierten Trägern findet immer häufiger statt, da viele Krankenhäuser den ansteigenden Kosten und Belastungen nicht mehr Stand halten können. Zudem ist der Gesundheitsmarkt ein vielversprechendes Feld, das ein großes Wachstum zu verzeichnen hat. Dies weckt das Interesse privater Investoren aus allen Bereichen der Wirtschaft. Die Nutzung und der Einsatz von privatem Eigenkapital und dessen Ausschüttung lässt die Institution Krankenhaus zu einem Wirtschaftsunternehmen mit Gewinnerzielungsabsichten werden.⁶⁵ Im Folgenden wird genauer erklärt, warum und wie private Träger sich derzeit besser auf dem Markt behaupten können und Gewinne erzielen sowie im Gegensatz dazu immer mehr Krankenhäuser in nicht-privater Trägerschaft ihre Kosten und somit ihren Betrieb nicht mehr tragen beziehungsweise erhalten können.

In der Regel haben diese Kliniken ein gut funktionierendes Management, das im Vergleich zu den kommunalen Trägern volkswirtschaftlich erfolgreich agiert. Meist stehen hinter dieser Form ein professionelles Aufsichtsgremium und eine erfolgsorientierte

⁶² vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XI

⁶³ vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/c_harakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

⁶⁴ vgl. Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005, Seite XII

⁶⁵ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 209-2011

Leitung, die eine Verbesserung der eigenen Wettbewerbsposition anstreben.⁶⁶ Betrachtet man die Entwicklung der Fördergelder von Seite des Staats, werden privates Kapital und Förderung immer wichtiger, da diese Zuschüsse merklich zurückgehen.⁶⁷ Die Anzahl der privaten Träger hat in den letzten Jahren zugenommen und liegt inzwischen bei über einem Drittel aller Krankenhäuser.⁶⁸

In folgender Grafik ist deutlich erkennbar, dass der Trend zur Privatisierung zunimmt und noch längst kein Ende gefunden hat:

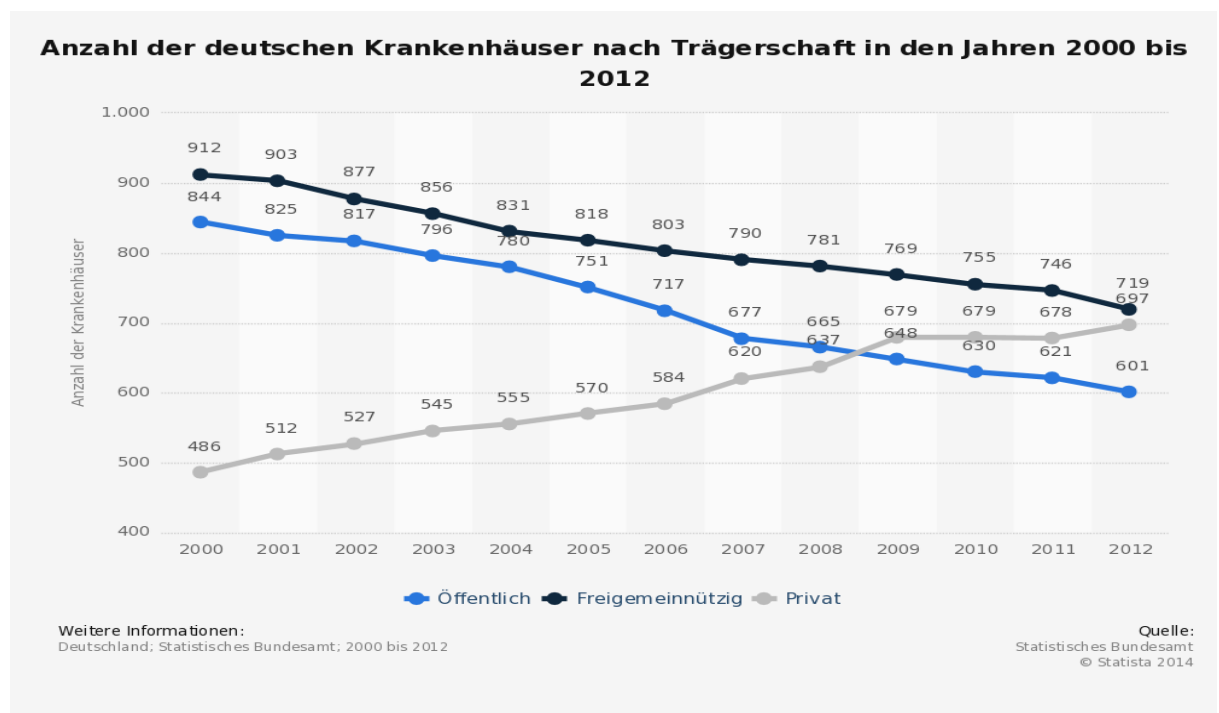


Abbildung 3 (Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2012)⁶⁹

⁶⁶ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 212

⁶⁷ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 211

⁶⁸ vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/c_harakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

⁶⁹ <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157072/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-nach-traegerschaft/>

Oft wird diskutiert, ob es einen Konflikt zwischen der Gewinnorientierung der Krankenhäuser und der Beteiligung an der medizinischen Versorgung von Patienten gibt. Jedoch ist bis jetzt kein Zusammenhang erkennbar, dass private Kliniken am medizinischen Bedarf zu Lasten ihrer Patienten sparen würden.⁷⁰ Im Gegensatz zu den privaten Krankenhäusern erhalten die nicht-privaten lediglich ihre erbrachten Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet, die so kalkuliert sind, dass sie kostendeckend sind, jedoch keinen Spielraum für Gewinn offen lassen. Die Möglichkeit der Gewinnerzielung bietet nicht nur Potenzial für Rücklagen, sondern auch die Verfügbarkeit von Investitionskapital. In manchen Bereichen erfüllen Häuser, die in privater Hand sind, ihre Aufgaben sogar besser und zuverlässiger wie beispielsweise im Bereich der Intensivstationen. Oft stehen hier mehr Betten und eine bessere Ausstattung für die schwer und akut erkrankten Patienten zur Verfügung.⁷¹

Die jeweilige Trägerstruktur bestimmt in der Regel auch die Versorgungsstruktur des Krankenhauses. Hier wird nach Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktkrankenhäuser und Maximalversorgung unterschieden. Kliniken mit privater Trägerschaft sind in den meisten Fällen Schwerpunktkrankenhäuser, da man sich hier auf eine Kernkompetenz konzentriert. Die Grund-, Regel- und Maximalversorgung liegt meist in den Händen der nicht-privaten Träger. Jedoch beteiligen sich immer mehr private Einrichtungen an der Sicherung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und partizipieren am Versorgungsauftrag. Die Häuser der Grundversorgung verfügen über die wenigsten Betten und Ausdifferenzierung der Abteilungen bis hin zu denen der Maximalversorgung mit mehr als 800 Planbetten. Abweichend von der Planbettenanzahl kann ein Krankenhaus einer anderen Versorgungsstufe zugeordnet werden, wenn seine Aufgabenstellung der einer anderen Versorgungsstufe entspricht.⁷²

⁷⁰ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 220

⁷¹ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 221

⁷² vgl. Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen; http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/c_harakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

2.3 Die wichtigsten Akteure im System Krankenhaus

Für die Analyse eines Krankenhausfinanzierungssystems ist die Betrachtung der Beteiligten – Leistungserbringer, Konsumenten und Financiers – sowie deren Interdependenzen wichtig.⁷³ Denn an diesen Akteuren erkennt man am ehesten, worum es eigentlich geht und warum man in all diesen Jahren seit Ende des Krieges trotz so vieler Änderungen und Anpassungen zu keiner stabilen und für alle Beteiligten zufriedenstellenden Reform gefunden hat.

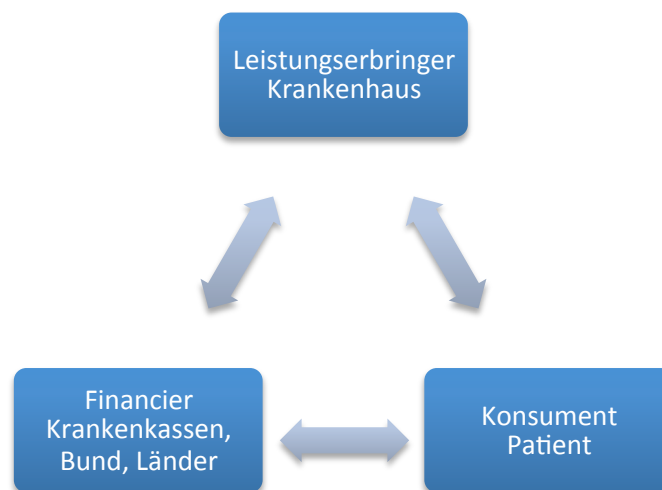


Abbildung 4 (Zusammenhang der wichtigsten Akteure im System Krankenhaus)⁷⁴

Die Financiers schließen Verträge über die Vergütung der Leistungen mit den Krankenhäusern ab und finanzieren sich selbst über die Beiträge und Selbstbehalte der Patienten. Die Krankenhäuser wiederum erbringen medizinische Leistungen für den Patienten. Fehlend in obiger Grafik ist der Staat, der in Bezug auf die Finanzierung nur

⁷³ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 25

⁷⁴ Quelle: Eigene Darstellung

eine indirekte Rolle spielt. Er besetzt die Position des Regulators im Krankenhaus und definiert und überwacht die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Systems.⁷⁵

Krankenhäuser lassen sich als Netzwerke verschiedener Akteure beschreiben, worin jeder seinen eigenen, klar definierten Aufgabenbereich hat. Dennoch existieren viele Schnittstellen, wo zusammengearbeitet wird und werden muss. Die bereichsübergreifende Zusammenarbeit ist von großer Bedeutung, da in einem Krankenhaus alle Beteiligten gemeinsam agieren müssen, um im Sinne des Patienten handeln zu können. Hier müssen die medizinische, die verwaltende, die finanzielle und die gesetzgebende Seite Hand in Hand gehen. Es müssen für alle die Weichen gestellt werden, um in ihrem Rahmen am besten arbeiten zu können. Sowohl der medizinische Teil, vertreten durch die Ärzte, Krankenschwestern und weiterem Pflegepersonal, sowie die finanzierende Seite, vertreten durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen, sind in Verbänden aufgestellt und organisiert.

Obwohl sowohl die Leistungsanbieter als auch die Krankenkassen für sich in Anspruch nehmen, für die Interessen der Patienten einzustehen, haben sich auf Seiten der Patienten Verbände für die Vertretung ihrer Rechte und Ansprüche gebildet. Diese haben jedoch nur geringe Einflussmöglichkeiten und werden meist nur beratend bei wichtigen Entscheidungen hinzugezogen. Folgend sollen die verschiedenen Parteien genannt und erklärt werden sowie ihre Aufgaben und Funktionen.⁷⁶ Die Träger, die zu den Leistungserbringern zählen und eine wichtige Position einnehmen, werden nicht mehr erwähnt, da sie in obigem Text bereits erläutert und analysiert wurden. Sie zählen aus ökonomischer Sicht zu den wichtigsten Leistungserbringern und streben die Sicherung der Krankenhausfinanzierung an. Sie sind wie alle anderen Parteien auch in Verbänden organisiert, die ihre Interessen bündeln. Jeder der drei Trägerarten verfügt über eigene Verbände. Auf Bundesebene existiert seit 1949 die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die für die Anliegen der Krankenhäuser einsteht.⁷⁷

⁷⁵ vgl. Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009, Seite 25

⁷⁶ Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 49-63

⁷⁷ Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 53

2.3.1 Die Versicherungen

Die wichtigsten Finanzierungsträger im deutschen Gesundheitswesen und in den Krankenhäusern sind die gesetzlichen Krankenkassen. Sie unterteilen sich in gesetzliche und private Krankenversicherungen. Es gibt 132 gesetzliche Krankenkassen (GKV), die sich in Betriebs-, Orts-, landwirtschaftliche-, Ersatz-, Innungs- und Knappschaftskassen aufteilen. Die meisten Versicherten befinden sich in der Betriebskasse, da jeder Arbeitgeber verpflichtet ist, seine Arbeitnehmer zu versichern.

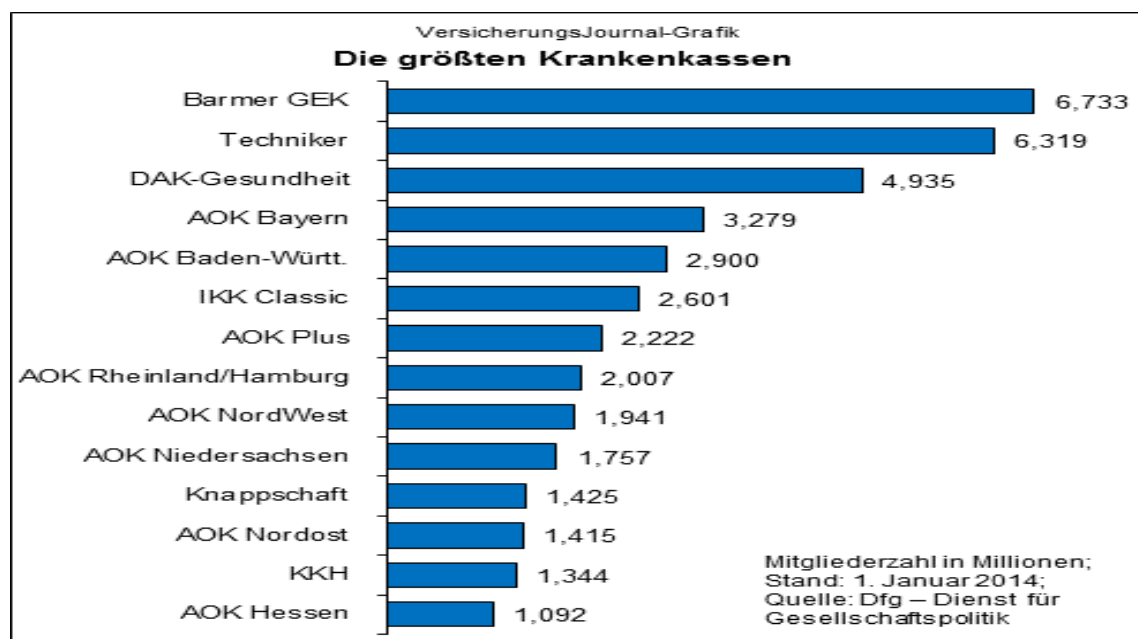


Abbildung 5 (Gesetzliche Krankenkassen, Mitgliederstärke)⁷⁸

Daneben gibt es zehn private Krankenversicherungen (PKV), in der Beamte, Selbstständige und andere nicht obligatorisch gesetzlich versicherte Personen versichert sind. Gleich wie bei der GKV bietet die Privatversicherung eine Krankheitsvollversicherung an, ermöglicht aber dem Versicherungsnehmer das Leistungsspektrum durch ein

⁷⁸ Abbildung 5: Gesetzliche Krankenkassen, Mitgliederstärke,
<http://www.versicherungsjournal.de/daten/artikelbilder/diagramme/gkv-krankenkassen-mitgliederstaerke-2014-1-dfg-wichert.gif>, Zugriff am 29.04.2014

erweitertes Angebot an Zusatzleistungen zu ergänzen. Der Trend der Zusatzversicherung für bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise an Zähnen nimmt zu und stellt für gesetzlich Versicherte eine gute Alternative zur kostenintensiven privaten Versicherung dar.

Die gesetzlichen und privaten Krankenkassen bilden zusammen die Finanzierungsgrundlage des Systems Krankenhaus. Im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes sind die Krankenkassen verpflichtet, die Leistungen der Krankenhäuser nach dem DRG-System zu vergüten. Hinzu kommen neben den Ab- und Zuschlägen, die sich aus den Minder- oder Mehrerlösen des Vorjahres ergeben, bestimmte Zusatzentgelte. Diese werden von Jahr zu Jahr aus verschiedenen Gründen geleistet, beispielweise im Jahr 2012 für die dauerhafte Zusatzfinanzierung eines Pflegesonderprogramms.⁷⁹ Die Krankenhäuser müssen den Krankenkassen für das kommende Jahr einen prognostizierten Krankenhausplan vorlegen, über den verhandelt wird. Kommt es zu keiner Einigung bringt die sogenannte Schiedsstelle Abhilfe und verhilft zu einer Einigung über das zu leistende, prospektive Gesamtbudget. Im Unterschied zu den privaten sind die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände an allen wichtigen Verhandlungen im Gesundheitswesen voll beteiligt, da sie grundsätzlich an einer günstigen und qualitativ hochwertigen Bereitstellung medizinischer Leistungen interessiert sind.⁸⁰

Die gesetzlichen Krankenkassen sind in Landesverbänden organisiert, die wiederum dem GKV-Spitzenverband unterstehen. Dieser Verband erledigt und regelt alle wettbewerbsneutralen Aufgaben in Deutschland, Europa und auf internationaler Ebene. Er gestaltet die Rahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen für die stationäre Versorgung und unterstützt sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Somit nehmen die Krankenkassen in finanzieller Hinsicht die wichtigste Position im System ein, da sie für die Finanzierung der Krankenhäuser fast allein zuständig sind.⁸¹ Ihre wichtigste Kompetenz liegt in der Führung der Verhandlungen über die zu erbringenden Leistungen mit den Krankenhausgesellschaften und der Vertretung der Kasseninteressen in der Poli-

⁷⁹ vgl. Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich, Jürgen Wasem, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 268

⁸⁰ vgl. Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 54

⁸¹ vgl. Aufgaben und Ziele, GKV-Spitzenverband, http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/wir_ueber_uns/aufgaben_und_ziele/aufgaben_und_ziele.jsp, Zugriff am 29.04.2014

tik. Die Zusammenarbeit aller Kassen in Bezug auf die Koordination politischer Strategien ist besonders wichtig, um die verfolgten Ziele durchzusetzen und zu erreichen.⁸² Der Verband der privaten Krankenversicherung nennt sich PKV. Das Nebenher dieser beiden Versicherungsarten sorgt in Maßen für einen gesunden Wettbewerb und vermeidet Rationierungsmaßnahmen und das Entstehen einer echten Zwei-Klassen-Medizin. Die Beiträge, die durch die Privaten in das deutsche Gesundheitssystem eingezahlt werden, belaufen sich auf jährlich 28,6 Milliarden Euro. Die Gesetzlichen erzielten 96,6 Milliarden Euro.^{83, 84}

Beide Kassen finanzieren sich aus den Beiträgen der Mitglieder. Hierbei wird, damit sich die Ausgaben und Einnahmen die Waage halten, der Krankenkassenbeitrag entsprechend gestaltet. Kommt es zu Überschüssen, werden diese in Form von Beitragsrückzahlungen an die Versicherten ausgeglichen. Dies ist aber ein Ausnahmefall. In der Regel sind die Kosten der Kassen höher und werden durch Beitragssteigerungen kompensiert.

2.3.2 Der Gesetzgeber

Neben den Krankenkassen, die hauptverantwortlich für die Finanzierung des Systems Krankenhaus sind, spielt der Gesetzgeber eine entscheidende Rolle, in dessen Zuständigkeitsbereich die Regulation aller Akteure fällt. Das Bundesministerium für Gesundheit unter der Leitung des Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe ist zuständig, Gesetze und Verordnungen zu verabschieden und im Anschluss die Einhaltung dieser Vorschriften zu überwachen. Zu den zentralen Aufgaben gehört es, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie der Pflegeversicherungen zu erhalten, zu sichern und fortzuentwickeln. Des Weiteren ist die Reform des

⁸² vgl. Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 55

⁸³ vgl. Die PKV im Gesundheitssystem, <https://www.pkv.de/themen/krankenversicherung/pkv-im-gesundheitssystem/>, Zugriff am 30.04.2014

⁸⁴ vgl. Finanzergebnisse im 1.Halbjahr 2013, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-03/positive-finanzielle-bilanz-der-gkv.html>, Zugriff am 26.05.2014

Gesundheitssystems eine der wichtigsten Aufgaben des Ministeriums. Das Ziel besteht darin, die Qualität des Gesundheitssystems zu verbessern, die Interessen der Patientinnen und Patienten zu stärken, die Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten und die Beitragssätze zu stabilisieren.⁸⁵

2.3.3 Das medizinische und verwaltende Fachpersonal

Zum medizinischen und verwaltenden Fachpersonal gehören alle Leistungserbringer im Krankenhaus, vertreten durch die Berufsgruppen und Unternehmen, die professionell Waren und Dienstleistungen anbieten. Hierzu zählen insbesondere die Ärzte, das Pflegepersonal und die Verwaltung und Organisation in den Einrichtungen.

Im Gegensatz zu den ambulant tätigen Ärzten brauchen diejenigen, die im Krankenhaus praktizieren, keinen Kassensitz, also keine Mitgliedschaft in der Kassenärztlichen Vereinigung, sondern lediglich die Mitgliedschaft in der Bundesärztekammer. Diese Arbeitsgemeinschaft ist die Dachorganisation und ein wichtiges Sprachrohr aller Ärzte. Neben dieser verpflichtenden Mitgliedschaft gibt es weitere freiwillige Interessensvertretungen für Mediziner wie beispielsweise der Marburger Bund, der vor allem die Interessen von Krankenhausärzten vertritt.⁸⁶

Neben den Ärzten macht das Pflegepersonal die zweite große Gruppe im medizinischen Bereich aus. Sie organisieren sich im Deutschen Bund für Pflegeberufe (DBfK). Dieser kümmert sich um alle Belange, die das Pflegepersonal betreffen, angefangen von der Ausbildung bis hin zum Rechts- und Versicherungsschutz. In diesem Bereich ist ein wahrscheinlich noch größerer Mangel an Fachkräften laut Prognosen zu erwarten, da besonders auf Grund des demografischen Wandels und der dadurch älter werdenden Bevölkerung die Nachfrage an Pflegekräften stetig zunehmen wird. Laut Hochrechnungen des DBfK werden bis ins Jahr 2030 1,5 Millionen Pflegekräfte benö-

⁸⁵ vgl. Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit,

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>, Zugriff am 21.05.2014

⁸⁶ vgl. Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 52

tigt. Jedoch wird dies schwer erreichbar sein, da auf Grund der mangelnden Attraktivität des Pflegeberufs beispielsweise in Bezug auf Gehalt, Arbeitszeiten und gesellschaftlicher Anerkennung immer weniger junge Menschen sich für diesen Beruf entscheiden.⁸⁷

Der Anteil des verwaltenden Personals im Krankenhaus ist kleiner als der des medizinisch und pflegerischen jedoch ebenso wichtig, um den Betrieb am Laufen zu halten. Laut der Bundesagentur für Arbeit ist in diesem Bereich ein Mangel an Personal zu verzeichnen. So fehlten 2012 900 Sekretariats- und Bürofachleute, Controller sowie 300 für Gebäudetechniker.

Die Krankenhausverwaltung unterteilt sich in viele Abteilungen und funktioniert ähnlich wie die Organisation in anderen Unternehmen. Neben einer Personal-, einer Rechnungs-, Controlling-, Einkaufs-, Rechts-, IT- und Technikabteilung gibt es eine Stelle für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Vorrangig arbeiten hier Betriebswirte und Kaufleute, die eine Affinität zum Gesundheitswesen mitbringen.⁸⁸

Angestellte in der Verwaltung und allen dazugehörigen Bereichen sind den Tarifen des öffentlichen Dienstes angeschlossen. Auch in der privaten Wirtschaft haben diese tariflichen Bestimmungen hohen Einfluss auf die Gehälter.

2.3.4 Die Patienten/Kunden der Krankenhäuser

Wie schon erwähnt, nehmen es sowohl die Leistungsanbieter als auch die Krankenkassen für sich in Anspruch, die Interessen der Patienten zu vertreten. Jedoch ist dies schwer möglich und nachvollziehbar, da beide Parteien ökonomische Ziele verfolgen müssen und sich somit bestenfalls für die Interessen großer Gruppen zahlungskräftiger

⁸⁷ vgl. Zahlen-Daten-Fakten „Pflege“, <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf>, Zugriff am 25.05.2014

⁸⁸ vgl. Arbeiten in der Krankenhausverwaltung, <http://www.abi.de/orientieren/berufsarbeitsfelder/branchen/nicht-aerztliche-berufe-im-kra010355.htm>, Zugriff am 14.05.2014

Patienten einsetzen können.⁸⁹ Die Krankenkassen sind jedoch bemüht, die Stabilisierung der Beitragssätze nach dem im Jahr 2002 erlassenen Beitragssicherungsgesetz zu wahren und vertreten somit eine der Patienteninteressen. Der Patient als Leistungsempfänger im Krankenhaus hat verhältnismäßig wenig Einfluss, da er immer abhängig von den Diensten der Ärzte und der Krankenhäuser ist. Zwar gibt es viele Organisationen und Verbände, in denen sich Patienten zusammen schließen, jedoch ist der Organisationsgrad in diesen schlecht. Zudem weisen sie geringe Mitgliederzahlen auf und sind aus diesen Gründen politisch wenig einflussreich.

In Deutschland wurden 2012 18,6 Millionen Patienten stationär behandelt und verweilten im Schnitt 7,6 Tage im Krankenhaus.⁹⁰ In folgender Grafik wird deutlich, wie sich die Patientenanzahl auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt:



Abbildung 6 (Krankenhauspatientinnen- und Patienten 2012 nach Altersgruppen in 1000)⁹¹

⁸⁹ vgl. Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Politische Bildung 37/2, 2004, Seite: 56

⁹⁰ vgl. Eckdaten der Krankenhausstatistik, https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/08/PD13_286_231.html, Zugriff am 30.04.2014

3 Aktuelle Lage der Krankenhäuser

Im Vorangegangenen wurden sowohl die Aufgaben als auch die gesetzliche Steuerung der Finanzierung der Krankenhäuser analysiert als auch die wichtigsten Akteure und ihre Interessen in diesem System beschrieben. Wie es trotz und nach alledem um die finanzielle Lage und die Situation aller Beteiligten bestellt ist, darüber soll ein Einblick auf die aktuelle Lage der Kliniken in Deutschland Aufschluss geben. Im Anschluss werden die bestehenden Probleme, mit der sich auch die kommende Krankenhausreform 2014 befassen wird, erläutert. Hierbei wird zwischen der allgemeinen Lage und Stimmung am Krankenhausmarkt sowie der finanziellen Situation der Einrichtungen unterschieden.

Seit dem Jahr 2000 stellt das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) durch eine Repräsentativbefragung deutscher Krankenhäuser zu gesundheits- und krankenhauspolitischen Themen die Lage in den Häusern fest. Dieses sogenannte Barometer wird im Auftrag der Träger des DKI erstellt. Hierzu gehören die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VDK), der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschland (VLK) und die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (DKVG). Zweck und Ziel des Barometers sind, zeitnah Trends, Entwicklungen, Chancen und Risiken zu erkennen und aktuelle Informationen zum aktuellen Krankenhausgeschehen den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen.⁹²

Im Jahr 2013 befasste sich das Krankenhausbarometer vor allem mit der Thematik der Stellenbesetzungsprobleme, der daraus resultierenden Mehrbelastung für das bestehende Personal, den Vor- und Nachteilen von Outsourcing und den Arbeitszeiten des stationär tätigen Personals. Defizite in diesen Punkten wirken sich sowohl auf die Patienten, auf das Arbeitsklima, die wirtschaftliche Lage und auf die Zufriedenheit und Motivation der Angestellten in einem Krankenhaus aus.

⁹¹ vgl. Krankenhauspatientinnen- und -patienten 2012 nach Altersgruppen in 1000, http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/aid/10908/title/Krankenhausstatistik_2012_%28vorlaeufige_Ergebnisse%29, Zugriff am 30.04.2014

⁹² vgl. Krankenhausbarometer 2013, DKI, http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, Seite: 1-18, Zugriff am 02.05.2014

Der Fachkräftemangel, aus dem meist Stellenbesetzungsprobleme resultieren, bildet eine zentrale Herausforderung für die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland. Laut dem Barometer können viele Krankenhäuser vor allem im Bereich der Pflege offene Stellen nicht besetzen. Im Bereich der Intensivpflege zeichnet sich dieser Mangel als besonders gravierendes Problem ab und somit sind in Deutschland derzeit fast 1600 Vollzeitstellen unbesetzt. Auch nicht-ärztliches OP-Personal und Krankenschwestern sind in den kommenden Jahren eine gefragte Zielgruppe. Laut dem Deutschen Krankenhausinstitut haben 40 Prozent der Kliniken Schwierigkeiten, offene Stellen in der Intensivpflege zu besetzen. Im Bereich des nicht-ärztlichen OP-Personals haben 29 Prozent und beim Anästhesiepersonal 18 Prozent der Krankenhäuser Besetzungsprobleme.⁹³

Die Nicht-Besetzung von so vielen Stellen in oben genannten Bereichen ist erst seit den Jahren 2008 und 2009 ein merkliches Problem. Hingegen ist der Mangel an Ärzten schon seit dem Jahr 2005 ein präsent und akutes Thema.⁹⁴ Hier waren im Jahr 2012 circa 2000 unbesetzte Stellen in der stationären Versorgung vorhanden. Diese Zahl ist verglichen mit den Jahren davor aber rückläufig, da man dem Mangel mit dem Einsatz von Honorar- und Vertragsärzten erfolgreich entgegenwirkte. Nichts desto trotz ist dieser Weg keine dauerhafte Lösung und die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit genügend ärztlichem stationären Personal bleibt eine zentrale Herausforderung.⁹⁵

Die vielen offenen Stellen in allen Bereichen machen sich in den Arbeitszeiten und der Arbeitsbelastung bemerkbar. Auch in Krankenhäusern führt Personalmangel zu langen Arbeitszeiten und gesteigener Belastung. Solche Arbeitszeiten sorgen nicht nur für Unzufriedenheit innerhalb der Belegschaft, sondern fördern das Risiko von belas-

⁹³ vgl. Fachkräftemangel weiterhin ein dringendes Problem im Krankenhaus, <https://www.dki.de/pressemitteilungen/fachkraeftemangel-weiterhin-ein-dringendes-problem-im-krankenhaus>, Zugriff am 25.05.2014

⁹⁴ vgl. Krankenhausbarometer 2013, DKI, http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, Seite: 19-40, Zugriff am 02.05.2014

⁹⁵ vgl. Krankenhausbarometer 2013, DKI, http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, Seite: 19-40, Zugriff am 02.05.2014

tungsbedingten Behandlungsfehlern.⁹⁶ Zudem sind die Angestelltenverhältnisse weder familienfreundlich noch adequat vergütet. Das neue Verständnis von Freizeit, also der Gestaltung des Lebens außerhalb der Arbeit, lässt immer weniger Ärzte, Pfleger und Schwestern gern im Bereitschafts- oder Schichtdienst tätig sein.

Ein weiterer Trend, der in den letzten Jahren in Krankenhäusern zu beobachten war, ist die Verbreitung von Outsourcing, insbesondere der Auslagerung nicht-medizinischer Prozesse. Diese Tendenz ist weiterhin zu verzeichnen, da vor allem Personal- und Sachkostenreduktion, eine verbesserte Qualität der Leistungserbringung und eine erhöhte Flexibilität dafür sprechen. Vor allem in den Bereichen Küche, Wäsche, Labor und Apothekendienste werden Anbieter außerhalb des Krankenhauses beauftragt.⁹⁷

Das Krankenhausbarometer versucht, die nicht in Zahlen messbaren Faktoren zur Lage der Krankenhäuser zu messen und zu werten. Das finanzielle und wirtschaftliche Befinden der deutschen Krankenhäuser kann den Zahlen, Fakten und Daten des Krankenhausranking-Reports (KRR) oder des Krankenhausreports 2014 entnommen werden. Schon in den letzten Jahren waren die Aussagen des KRR beunruhigend, im Jahr 2013 klingen sie alarmierend. Jede vierte Klinik in Deutschland soll von der Insolvenz bedroht sein.⁹⁸

Vielen Einrichtungen ist Insolvenz kein unbekanntes Wort. So wiesen im Jahr 2013 knapp ein Drittel der Häuser einen Jahresverlust aus und etwa ein Fünftel einen Verlust in relevanter Größenordnung. Der Grund für diese aktuell prekäre Lage kann die Absenkung der Fördermittel sein, die mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz im Jahr 2011 erneut sanken. Aber auch steigende Personalkosten und Lohnsteigerungen könnten ihren Beitrag dazu geleistet haben.

⁹⁶ vgl. Überlange Arbeitszeiten im Krankenhaus, Wer haftet bei Fehlern?, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/154608/Ueberlange-Arbeitszeiten-im-Krankenhaus-Wer-haftet-bei-Fehlern>, Zugriff am 02.05.2014

⁹⁷ vgl. Krankenhausbarometer 2013, DKI, http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, Seite: 41-47, Zugriff am 02.05.2014

⁹⁸ vgl. Schülbe, Dana, Jede vierte Klinik ist von der Pleite bedroht, <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/news/jede-vierte-klinik-ist-von-der-pleite-bedroht-aid-1.3448321>, Zugriff am 02.05.2014

Diese finanzielle Notlage findet man jedoch nicht in allen Krankenhäusern vor, sie konzentriert sich vor allem auf Häuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Hier sind derzeit 21 Prozent von erhöhter Insolvenzgefahr betroffen, gefolgt von den freigemeinnützigen Trägern mit 14 Prozent. Kliniken in privater Hand sind mit zwei Prozent von dieser Misere kaum betroffen.⁹⁹ Des Weiteren wiesen Krankenhäuser der Grundversorgung größere wirtschaftliche Schwierigkeiten auf als Spezialkliniken oder Großversorger. Dies bestätigt die Vermutung, dass Häuser, die sich auf eine oder mehrere Kernkompetenzen konzentrieren, besser abschneiden und dem Trend entgegen ihrer Lage sogar verbessern konnten, ergo führt ein erhöhter Spezialisierungsgrad zu einer erfolgreicherer wirtschaftlichen Lage. Wirft man einen Blick in die Zukunft, wird sich ohne politische Gegenmaßnahmen und Unterstützung die Zahl der Krankenhäuser bis 2010 um acht Prozent verringern.¹⁰⁰

3.1 Die Probleme

Die Krankenhausreform 2014 steht vor einigen großen Herausforderungen, da nicht nur die schlechte wirtschaftliche Lage und die steigenden Kosten ein großes Problem darstellen, sondern auch die Beschaffung von Personal, die hohe Anzahl an Über- und Fehlbehandlungen, die mangelnde Transparenz, die nicht ausreichende Compliance der Patienten und das überstrapazierte Solidaritätsprinzip. Speziell in Bezug auf die Kosten findet man in deutschen Krankenhäusern ein seltsames Phänomen vor. Laut OECD, der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit in Europa, ist der Klinik-

⁹⁹ vgl. Dr. Augurzky, Boris, Krankenhaus Rating Report 2013 (Teil 1) – Neue Bundesländer stehen am besten da, <http://www.iww.de/cb/management/krankenhausmanagement-krankenhaus-rating-report-2013-teil-1-neue-bundeslaender-stehen-am-besten-da-f67395>, Zugriff am 05.05.2014

¹⁰⁰ vgl. Dr. Augurzky, Boris, Krankenhaus Rating Report 2013 (Teil 1) – Neue Bundesländer stehen am besten da, <http://www.iww.de/cb/management/krankenhausmanagement-krankenhaus-rating-report-2013-teil-1-neue-bundeslaender-stehen-am-besten-da-f67395>, Zugriff am 05.05.2014

markt in Deutschland in einer betriebswirtschaftlichen Notlage, jedoch liegt parallel eine strukturelle Überversorgung der Bevölkerung vor.¹⁰¹

Im nächsten Abschnitt sollen diese Probleme erläutert und analysiert werden. Zudem soll geklärt werden, wie sie entstanden sind, welche Einflussfaktoren auf sie wirken, wen sie betreffen und wie sie eventuell zu lösen sind.

3.1.1 Die steigende Kosten

Dem konstanten Anstieg der Kosten in den Krankenhäusern liegen mehrere Ursachen zu Grunde. Die Arbeitskosten erhöhten sich, da die Beschäftigten erfolgreiche Tarifverhandlungen führten und dies zu Lohnerhöhungen des Personals beitrug. Jedoch stagnierten – beziehungsweise wuchsen weniger schnell – die Behandlungsentgelte der Krankenhäuser. Dies hatte zur Folge, dass nur die Häuser die Schere zwischen Erlösen und Kosten schließen konnten, denen es gelang, die Mehrkosten durch eine entsprechende Fallzahlsteigerung zu kompensieren. Vermehrt kam es in Folge dessen dazu, dass Nachbarkrankenhäuser in Mitleidenschaft gezogen wurden, da sie ergo weniger Patienten zu behandeln hatten. Hinzu kommt, dass auf Grund der notwendigen Fallzahlsteigerungen oft medizinisch nicht notwendige oder nachvollziehbare Eingriffe vorgenommen wurden.

Ein weiterer Aspekt, der die Kosten in die Höhe trieb, ist der akute Fachkräftemangel. Um wettbewerbsfähig zu bleiben wie beispielsweise bei Ausschreibungen um neue Stellen, sind die Krankenhäuser gezwungen, die Entgelte anzuheben, um auf dem Arbeitsmarkt attraktiv zu bleiben.¹⁰²

Aus dem Bericht der OECD, der die Krankenhaussysteme von 35 Ländern aus aller Welt vergleicht, ergibt sich, dass in Deutschland die durchschnittliche Verweildauer

¹⁰¹ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 26

¹⁰² vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 27

immer noch relativ hoch ist, verglichen mit anderen Ländern wie beispielsweise Kanada, USA, Schweden oder Frankreich. So liegt die Durchschnittsverweildauer bei 6,3 Tagen pro Patient. In Deutschland liegt dieser Wert bei etwa 7,3 Tagen. Dies führt zu höheren Kosten und birgt bei einer Reduzierung der Verweildauer Einsparpotenzial für das gesamte System. Auch der Aspekt der stationären Überversorgung, der in Deutschland vorzufinden ist, führt von Jahr zu Jahr zu Mehrkosten, die das Krankenhaus finanziell belasten.

Auch der Rückgang der Investitionsfinanzierung schlägt sich in den Zahlen der Kliniken nieder. Trotz der gesetzlichen Verpflichtung der Bundesländer, den Krankenhäusern die betriebsnotwendigen Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen, kommen nur wenige dieser Pflicht nach. Meist reichen die staatlichen Fördermittel nicht aus, um dem medizinisch-technischen Fortschritt entsprechend rasch zu folgen. Auch der wiederkehrende Bedarf an der Modernisierung der Gebäude-Infrastruktur wie Belüftung, die Belichtung oder die Hygienebedingungen ist durch die Gelder nicht immer zu decken.¹⁰³ Vor allem in den alten Bundesländern trifft dies zu. In den neuen sind hingegen durch ein zehn milliardenschweres Investitionsprogramm weitgehend moderne Gebäudestrukturen vorhanden.¹⁰⁴

Dennoch ist nicht nur die Investitionslenkung Grund für das Problem der Kosten, auch die veraltete Krankenhausplanung und die Flexibilitätsdefizite des DRG-Entgeltsystems tragen ihren Teil dazu bei. In Bezug auf die Krankenhausplanung werden Krankenhäuser bestimmten Versorgungsstufen und damit auch Leistungsspektren, die sie in jeweiliger Abstimmung miteinander übernehmen sollen, zugeordnet. Diese hierarchische Krankenhausplanung ist faktisch längst überholt, insbesondere deswegen, weil die ursprünglich vorgesehene Umsetzung dieser Planung durch die zuweisenden Vertragsärzte nicht mehr eingehalten wird. Der Patient wählt sein Krankenhaus in der Regel selbst und orientiert sich nicht danach, welches in seinem Gebiet für ihn geplant wäre. Dies führt, sobald die Bevölkerung sich aus dem Planungsbereich hinausbewegt,

¹⁰³ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 31

¹⁰⁴ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 27-28

zu einer wirtschaftlichen Benachteiligung der Plankrankenhäuser, da sie die Patienten verlieren, die ihnen eigentlich zugeteilt waren.¹⁰⁵

Des Weiteren gibt es einige Ansätze im DRG-Entgeltsystem, die auf lange Sicht zu Mehrkosten führen können. So ist beispielsweise eine sichtbare Schwäche, dass man es mit Festsetzen einer unteren Grenzverweildauer den Krankenhäusern unmöglich macht, Patienten tagesklinisch betriebswirtschaftlich kostendeckend zu behandeln. Die Unterschiede zwischen der Vergütung von stationären und ambulanten Leistungen ist so gravierend, dass die Krankenhäuser sich gezwungen sehen, Patienten, die nur eine tagesklinische Behandlung bedürfen, stationär aufzunehmen. Das Verständnis, dass zwischen der vollstationären Versorgung und der ambulanten Behandlung eine medizinisch und ökonomisch sinnvolle Brücke gebaut werden kann, muss in Deutschland noch wachsen. Nicht nur dieser Aspekt bedarf einer Reform, auch die Preisfindungsregelung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist zu überarbeiten. Die einheitliche und letztlich staatliche Preisfestsetzung führt zu einem starren und damit auch schlecht steuerbaren Entgeltsystem.¹⁰⁶

Der angesprochene Kostendruck, der sich aus dem generellen Finanzierungsproblem der Krankenhäuser ergibt, führt dazu, dass immer mehr kostengünstigere Substitutionspotenziale erschlossen werden. Hier findet eine Verlagerung von stationärer zur fachärztlich-ambulanten Versorgung statt. Dies wird nicht die einzige Maßnahme sein, um den expansiv steigenden Kosten entgegenzuwirken. So werden sich Kliniken immer mehr spezialisieren und, um wirtschaftlich abgesichert zu sein, sich in Verbünden zusammenschließen.¹⁰⁷

¹⁰⁵ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 31

¹⁰⁶ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 33

¹⁰⁷ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 30

3.1.2 Das Personal

Des Öfteren wurde der akute Personal- und hier vor allem der Fachkräftemangel angesprochen, da er sich im Laufe der letzten Jahre als ernst zu nehmendes Problem in den Krankenhäusern herausgestellt hat. Jedoch ist nicht nur der Mangel problematisch, auch das Personalrecht, besonders in den öffentlichen Kliniken, ist ein Hindernis. Aber auch in den privaten Betrieben unterliegen die Träger den Regeln der Mitbestimmung und des Tarifrechts, sodass ein beliebiger Einsatz und eine leistungsorientierte Vergütung des Personals nicht umsetzbar sind.¹⁰⁸

Erschwerend kommt hinzu, dass die Arbeitsabläufe in Krankenhäusern oft nicht ausreichend koordiniert sind, was zu Überbelastungen des vorhandenen Personals führt. Dies wiederum mündet oft in Fehlzeiten, da zu viel Belastung und Stress auf Dauer die Menschen häufiger erkranken lässt. Durch ein gezieltes Personalmanagement, eine sinnvolle Koordination von Arbeitsprozessen und abteilungsübergreifendes Zusammenarbeiten kann dem gezielt entgegen gewirkt werden.

3.1.3 Über –und Fehlbehandlungen

Es sind alarmierende Zahlen, die aus einem Bericht der AOK Anfang des Jahres 2014 hervorgehen. Demnach sollen in Deutschland jährlich mehr Menschen durch Fehler im Krankenhaus als im Straßenverkehr sterben. Man geht davon aus, dass etwa bei jeder hundertsten Behandlung ein Fehler passiert, sodass es im Jahr 2013 bei 18,6 Millionen Behandlungen knapp 190.000 Mal zu Problemen beziehungsweise Komplikationen kam. Dies führt nicht immer gleich zum Tod des Patienten, doch die Bandbreite reicht von Infektionen über die Einnahme von falschen Medikamenten bis hin zu vergesse-

¹⁰⁸ vgl. Neubauer, C., Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Thieme Verlag, 19. Heft, 2014, Seite 31

nem OP-Material im Inneren des Patienten, was wiederum schwerwiegende Folgen haben kann.¹⁰⁹

Die Ursachen hierfür liegen selten in der Inkompetenz oder Risikobereitschaft der Ärzte und des tätigen Personals, vielmehr sind Organisationsmängel, mehr komplizierte Eingriffe, Überarbeitung und Dauerstress die gängigsten Fehlerquellen. Paradoxe Weise spricht die Deutsche Krankenhausgesellschaft davon, dass die Sicherheitsstandards in Krankenhäusern so hoch wie noch nie seien und im internationalen Vergleich an der Spitze stehen. Die Bereitschaft der Kliniken, Qualität und Sicherheit weiterzuentwickeln, war niemals höher, jedoch fehlt es oft an den finanziellen Mitteln, um diese in die Praxis umzusetzen.¹¹⁰

Der kommende Koalitionsvertrag von SPD und Union sieht vor, dieses Problem anzugehen, indem es den Behandlungserfolg stärker zum Maßstab für die Patienten in Deutschland machen will. Dies soll durch mehr Transparenz in Form von online einsehbaren Vergleichslisten zu Behandlungserfolgen in den jeweiligen Krankenhäusern geschehen. Auf diese Weise würde gute Qualität mit mehr Patienten be- und entlohnt werden und schlechte mit Abschlägen in der Finanzierung.¹¹¹

Nicht nur die Fehlbehandlungen sind ein ernst zunehmendes Problem, dem Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Auch die zahlreichen Überbehandlungen, sprich Behandlungen, die eigentlich medizinisch nicht notwendig wären, sind an dieser Stelle zu erwähnen, da sie sich vor allem in den Ausgaben und Kosten der Krankenhäuser widerspiegeln. Juristisch gesehen, kann eine überflüssige medizinische Untersuchung oder Behandlung selbst dann als Körperverletzung ausgelegt werden, wenn der Patient zuvor eingewilligt hat. Bei Operationen am Herzen oder am Knie lässt sich oft am ehesten abschätzen, ob eine Indikation fehlt oder fragwürdig ist. Vor allem in den Operationssälen der Krankenhäuser beeinflussen immer häufiger wirtschaftliche Überlegungen die Therapieentscheidungen.¹¹²

¹⁰⁹ Wegener, Basil: AOK registriert 190.000 Behandlungsfehler, Die Welt vom 21.04.2014

¹¹⁰ Wegener, Basil: AOK registriert 190.000 Behandlungsfehler, Die Welt vom 21.04.2014

¹¹¹ Wegener, Basil: AOK registriert 190.000 Behandlungsfehler, Die Welt vom 21.04.2014

¹¹² vgl. Stein, Rosemarie, Zwischen Übertherapie und blutiger Entlassung, Der Tagesspiegel, 26.02.2014, [www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=](http://www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=,), Zugriff am 11.05.2014

Dies spiegelt sich in dem enormen Anstieg der Operationszahlen wider. So gab es beispielsweise im Jahr 2011 27 Prozent mehr chirurgische Eingriffe als im Jahr 2005. Auch bei den Wirbelsäulenoperationen, die oft nicht risikolos sind, hat man einen Zuwachs von 125 Prozent verzeichnet. Ursache hierfür ist nicht nur die immer älter werdende Gesellschaft und der medizinische Fortschritt. Auch der Unterschied in den Zahlen zu vergleichbaren Ländern weist darauf hin, dass im deutschen Krankenhaus system nicht immer nur aus medizinischer Notwendigkeit behandelt wird. Die Tatsache, dass sich die Finanzierung hinsichtlich der Verweildauer hin zur Fallpauschale gewandelt hat, bietet Kliniken die Möglichkeit der Mehreinnahmen durch möglichst viele lukrative Fälle.¹¹³

Des Weiteren gibt es in vielen klinischen Einrichtungen die Option auf Boni für die angestellten Chefärzte, sollten sie bestimmte Operationszahlen und Quoten erfüllen. Paradoxerweise steht in der Regel in selbigen Verträgen, dass die Ärzte unabhängig bei Diagnose und Therapie sind und nur dem Gesetz verpflichtet seien.¹¹⁴

3.1.4 Die wenige Compliance / Aufklärung der Patienten (Zeitmangel) und mangelnde Transparenz (schlechter Informationsfluss)

Nicht nur der mangelnde Informationsfluss zwischen den verschiedenen Bereichen und Stationen innerhalb eines Krankenhauses ist ein gravierendes Problem, sondern auch die schlechte Kommunikation zwischen Arzt und Patient oder Pfleger und Patient. Dies führt oft zu mangelnder Compliance seitens des Patienten. Unter Compliance versteht man die Mitarbeit beziehungsweise Therapietreue des Patienten in Bezug auf seine Genesung, beispielhaft hierfür wäre eine regelmäßige und vorschriftsmäßige Medika-

¹¹³ vgl. Stein, Rosemarie, Zwischen Übertherapie und blutiger Entlassung, Der Tagesspiegel, 26.02.2014, [www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=](http://www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=,), Zugriff am 11.05.2014

¹¹⁴ vgl. Stein, Rosemarie, Zwischen Übertherapie und blutiger Entlassung, Der Tagesspiegel, 26.02.2014, [www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=](http://www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=,), Zugriff am 11.05.2014

menteneinnahme oder das Einhalten eines Diätplans zur Gewichtsreduktion. Non-Compliance beziehungsweise mangelnde Therapietreue kann Leid für den Einzelnen hervorrufen, verursacht aber auch erhebliche Kosten für die Allgemeinheit, insbesondere für die Krankenhäuser.¹¹⁵

Krankenhauseinweisungen in Folge von Non-Compliance summieren sich pro Jahr auf 3,4 Millionen Euro. Vor allem chronisch kranke Menschen sowie ältere Patienten verringern den Erfolg der Behandlung durch beispielsweise falsche oder keine Medikamenteneinnahmen und riskieren so eine Krankenhauseinlieferung.¹¹⁶

Man sollte annehmen, dass ein Patient immer dazu bereit ist, sein bestmögliches zur schnellen Genesung beizutragen. Tatsächlich sieht es in der Realität anders aus und die Ursachen dafür sind verschieden. Oftmals entstehen durch dieses Verhalten nicht nur ernsthafte Gesundheitsschäden, sondern auch enorme Folgekosten für eine erneute Behandlung und Therapie.¹¹⁷

Die häufigsten Ursachen für ungenügende Therapietreue sind Ängste, Zweifel und Vorbehalte des Patienten. Das Misstrauen in Medikamente, die Furcht vor unerwünschten Risiken und Nebenwirkungen sowie die Möglichkeit der eigenen Wissensbeschaffungen im Internet sind oft dafür verantwortlich, dass der Patient eigenmächtig und nicht im Sinne seiner Gesundheit handelt. Hinzu kommt, dass Menschen, die unter keinem großen Leidensdruck auf Grund ihrer Erkrankung stehen, schnell in ihrem Mitwirken nachlässig werden und in alte Gewohnheiten verfallen.

Ausschlaggebend für eine gute Compliance ist in der Regel ein gutes vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Des Weiteren bedarf es Zeit seitens der Ärzte den Patienten zu erklären, wie sie selbst ihren Teil zum Prozess des Gesundwerdens und -bleibens beitragen können. Gespräche zwischen Arzt und Patient, die das Ver-

¹¹⁵ vgl. Medikamente richtig einnehmen, Non-Compliance verursacht hohe Kosten, www.gfi-online.de/artikel/52684, Zugriff vom 12.05.2014

¹¹⁶ vgl. Medikamente richtig einnehmen, Non-Compliance verursacht hohe Kosten, www.gfi-online.de/artikel/52684, Zugriff vom 12.05.2014

¹¹⁷ vgl. Sonnenmoser, Marion: Fehlende Compliance: Patienten, die dem Arzt etwas vorgaukeln, Dt. Ärzteblatt 2005; 102(10): A-704/B-596/C-556

trauensverhältnis beeinflussen und eine Basis für Aufklärung und Mitwirken schaffen würden, werden nicht ausreichend honoriert und finanziert.¹¹⁸

Nicht nur die geringe Compliance und die eingeschränkte Aufklärung der Patienten stellt ein Problem für die Krankenhäuser dar, sondern auch der schlechte Informationsfluss und die daraus mangelnde Transparenz. Trotz der seit 2005 geltenden Vorschriften zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten bekommt, wer sich informieren möchte, keine verständlichen Daten. Oft sind diese unverständlich, wie ein Ausschnitt aus einem Bericht der Uniklinik Düsseldorf zeigt: „Bei der E-E-Zeit bei einem Notfallkaiserschnitt liegt die abschließende Bewertung durch die Fachkommission bei 1, die empirisch-statistische Bewertung ist gut, Zähler/Nenner kleiner gleich 5, das Ergebnis 0,0 %, der Vertrauensbereich 0,0 bis 70,8 % und die Bewertung durch den strukturierten Dialog nennt 8.“¹¹⁹ Für einen Laien ist es schwer, sich aus dieser Aussage ein Bild über Qualität und Leistung des Krankenhauses zu machen.

Auch sind die Zertifikate, mit denen Kliniken in Deutschland ihre Qualität dokumentieren wollen, oft aussagelos und helfen dem Patienten in puncto Orientierung und Wahl des Krankenhauses kaum weiter.

Um zumindest den Schein der Leistungstransparenz zu wahren, muss jedes Krankenhaus den Aufsichtsbehörden ein internes Qualitätsmanagement nachweisen, jedoch gibt es sehr hohe Ermessensspielräume, was unter einen Fehler fällt und was nicht, da in vielen Bereichen keine ausreichende Soll-Definition vorhanden ist. Beispielsweise existiert keine gesetzliche Regelung zur Dokumentation an Schnittstellen, sodass Fehler oft nicht mehr zu ihrer Ursache zurückzuführen sind.¹²⁰

Auch die teils schlechte Vernetzung durch fehlerhafte, veraltete oder nicht angewandte IT in den Krankenhäusern trägt ihren Teil zum schlechten Informationsfluss bei. Es birgt große Risiken, wenn beispielsweise Teile von lebenswichtigen Informationen un-

¹¹⁸ vgl. Sonnenmoser, Marion: Fehlende Compliance: Patienten, die dem Arzt etwas vorgaukeln, Dt. Ärzteblatt 2005; 102(10): A-704/B-596/C-556

¹¹⁹ Henrich Anke, Chronische Probleme in deutschen Kliniken, http://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-chronische-probleme-in-deutschen-kliniken/v_detail_tab_print/6306192.html, Zugriff am 30.05.2014

¹²⁰ vgl. Henrich Anke, Chronische Probleme in deutschen Kliniken, http://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-chronische-probleme-in-deutschen-kliniken/v_detail_tab_print/6306192.html, Zugriff am 30.05.2014

tergehen. In diesem Bereich muss für jedes Krankenhaus ein einheitlicher Standard eingeführt werden, um mangelnde Information als Fehlerquelle zu beheben.¹²¹

3.1.5 Auswirkungen des demografischen Wandels

In Deutschland lebten 2007 82,218 Millionen Menschen, 92.000 weniger als im Jahr 2006. Berechnet man die sinkende Geburtenrate und die steigende Lebenserwartung mit ein, lässt sich prognostizieren, dass die deutsche Bevölkerung von Jahr zu Jahr immer kleiner wird und der Anteil der älteren Menschen innerhalb dieser Menge immer größer.¹²²

Nicht nur die Geburtenrate liegt seit vielen Jahren unter der, welche für eine Bestandserhaltung einer Bevölkerung notwendig wäre, sondern auch der Anstieg der Lebenserwartung, die im Jahr 1881 für Männer und Frauen bei circa 37 Jahren lag und im Jahr 2006 bereits bei etwa 79 Jahren, sind maßgeblich für den demografischen Wandel innerhalb unserer Bevölkerung verantwortlich. Die Verschiebung der Altersverteilung in Richtung älterer Bevölkerungsgruppen könnte dazu führen, dass im Jahr 2030 bereits etwa 28 Millionen Menschen über 60 Jahre alt sind.¹²³

Betrachtet man folgende Grafik, sticht sofort heraus, dass die meisten Krankenhausfälle sich im Alter zwischen 60 und 90 Jahren ereignen. Somit werden die Behandlungszahlen in den nächsten Jahren in den Kliniken immer weiter ansteigen.

¹²¹ Henrich Anke, Chronische Probleme in deutschen Kliniken, http://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-chronische-probleme-in-deutschen-kliniken/v_detail_tab_print/6306192.html, Zugriff am 30.05.2014

¹²² vgl. Oberender, O., Peter; Quintus, Markus; Ältere Menschen in der Medizin und Gesellschaft, P.C.O. Verlag, 2009, Seite 13-15

¹²³ vgl. Oberender, O., Peter; Quintus, Markus; Ältere Menschen in der Medizin und Gesellschaft, P.C.O. Verlag, 2009, Seite 15-17

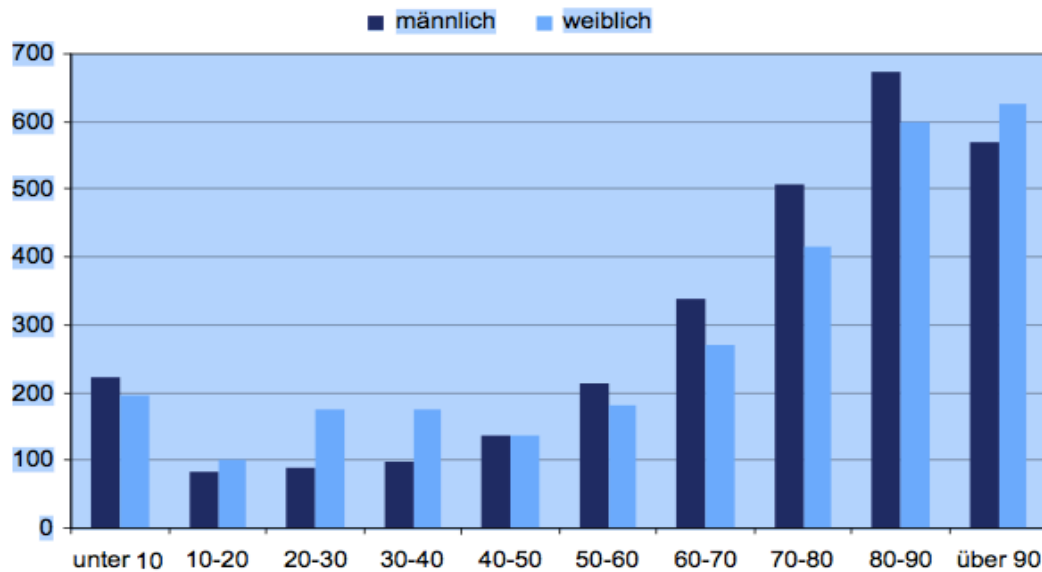


Abbildung 7 (Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht)¹²⁴

Da die gegenwärtige Altersforschung noch keinen Weg gefunden hat, die Verbindung zwischen Alter und Krankheit zu durchbrechen, ist ein gesundes Altern nur selten möglich. Viele Menschen werden trotz Prävention und gesunder Lebensweise irgendwann krank und bedürfen einer Krankenhausbehandlung. Im Hinblick auf die Krankenhäuser, die verfügbaren finanziellen Mittel und die Kapazitäten an Ärzten, Betten und Personal stellt sich diese Entwicklung als baldiges akutes Problem dar. Die Tatsache, dass die Erkrankungen im Alter meist kostenintensiver und langwieriger in ihrer Behandlung sind, verschärft die Lage zusätzlich.¹²⁵

Jedoch wird nicht der demografische Wandel ein Problem für die Krankenhäuser in der Zukunft sein, auch das Entstehen einer neuen Gesellschaftsschicht, die nur noch teilweise in Form von Hartz 4 oder Arbeitslosenhilfe aufgefangen wird, trägt dazu bei. Diese Menschen leben oft unterhalb der Armutsgrenze und können sich Behandlungen und Therapien, die wiederum immer teurer werden, nicht mehr leisten.

¹²⁴ vgl. Abbildung 8, Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht,

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102089004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 13.05.2014

¹²⁵ vgl. Oberender, O., Peter; Quintus, Markus; Ältere Menschen in der Medizin und Gesellschaft, P.C.O. Verlag, 2009, Seite 17-19

3.1.6 Die neue Armut

Obwohl Deutschland zu den reichsten Nationen der Welt gehört, ist nicht zu übersehen, dass nach wie vor die Lebensbedingungen und -chancen ungleich verteilt sind. Somit ist in einem der reichsten Länder das Problem der Armut keineswegs behoben. Das Verständnis von Armut hat sich allerdings in den letzten 100 Jahren geändert. Armut ist heute keine Frage des physischen Überlebens mehr, sondern vielmehr eine Frage des menschenwürdigen Daseins und der Teilnahme am öffentlichen und gesellschaftlichen Leben.¹²⁶

In Bezug auf die Krankenhäuser ergeben sich mehrere Probleme. Zum einen bleiben die Krankenhäuser meist auf den Behandlungskosten von mittellosen Patienten ohne Krankenversicherung sitzen und zum anderen erkrankt jemand, der nahe oder unterhalb der Armutsgrenze lebt, häufiger und öfter. Meistens leben diese Menschen unter keinen guten hygienischen Bedingungen, haben wenig Zugang zu gesundheits- beziehungsweise krankheitsrelevanten Informationen, leisten keine Prävention und Vorsorgeuntersuchungen. Dies ergibt zusammen ein höheres Risiko zu erkranken.

3.1.7 Ausnützung und Überbelastung des Systems

Nicht nur in staatlich betriebenen Einrichtungen ist die Ausnützung und Überbelastung des gesamten Systems ein Problem, auch in privaten Krankenhäusern ist dies oft der Fall. Auf Grund des enormen Kosten- und Wirtschaftlichkeitsdrucks rücken die sozialen Aspekte des Arzt- und Pflegeberufs immer weiter in den Hintergrund. Im Gegensatz zu den privaten Kliniken fehlt es den staatlichen Betrieben mehr und mehr an fachlichem

¹²⁶ vgl. Richter, Antje; Bunzendahl, Iris; Altgeld, Thomas, Dünne Rente – Dicke Probleme, Mabuse-Verlag, 2008, Seite: 16-20

Personal, da dieses, wenn es die Möglichkeit hat, in die privaten Häuser wegen der besseren Arbeitsbedingungen und teilweise höheren Bezahlung abwandert.¹²⁷

Auch die Politik, der Staat und die Versicherungen belasten das System auf ihre Art und Weise. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen geringe Sätze, die es den Krankenhäusern schwer machen, ihre Kosten zu decken. Zudem ist mit der Einführung der Pflicht zur Krankenversicherung eine weitere Belastung hinzugekommen. Diese gesetzliche Verpflichtung brachte viele Menschen in das System, die bis dato keinen finanziellen Beitrag dazu geleistet hatten, aber dennoch die Versicherung in Anspruch nehmen.

Auf politischer Ebene versucht man, die Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu senken. Das Bundeskabinett brachte die Reform der Krankenkassenbeiträge auf den Weg und sah in einem Gesetzesentwurf vor, dass der Beitrag für die gesetzliche Krankenkasse von 15,5 auf 14,6 Prozent im kommenden Jahr gesenkt werden soll. Im Gegenzug können die Kassen Zusatzbeiträge von den Versicherten verlangen, die einkommensabhängig gestaltet sind. Es wird sich von Seiten der Politik mehr Wettbewerb zwischen den Kassen und stabile Lohnnebenkosten erhofft.¹²⁸

Zuletzt ist noch die Seite der Patienten zu nennen. Auch hier wird das System unnötig belastet und überstrapaziert. Jedoch nicht der Patient selbst verschafft sich einen Vorteil, sondern die Ärzte gegebenenfalls durch nicht-medizinisch notwendige Behandlungen oder kostenintensive Therapien und Behandlungsmethoden.

Neben der Ausnützung und rücksichtslosen Ausschöpfung der Kapazitäten gibt es auch die unbeabsichtigte und unvermeidbare Überbelastung des Systems. Wie in obigem Text bereits erwähnt, ist der Fachkräftemangel ein akutes Problem, welches zur Überbelastung des bestehenden Personals führt. Auch der Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser hat eine Überfüllung zur Folge und somit eine Mehrbelastung für die Angestellten. Insgesamt führt dies zu einer spürbaren Verschlechterung der Arbeitsbe-

¹²⁷ vgl. Schmelzer, C.; Welte, J., Klinik-Manager: "Ja, auch wir haben ein Personalproblem", <http://www.tz.de/muenchen/stadt/klinik-manager-ja-auch-wir-haben-personalproblem-891640.html>, Zugriff am 19.05.2014

¹²⁸ vgl. Herden, Tim, Mehr Wettbewerb über Kassenbeiträge?, <http://www.tagesschau.de/inland/krankenkassenreform100.html>, Zugriff am 19.05.2014

dingungen in den Kliniken und macht medizinische und pflegerische Berufe für die Zukunft unattraktiv.

Des Weiteren trägt der Rückgang der staatlichen Fördermittel zu einer finanziellen Überlastung der Krankenhäuser bei. Auch die Ungleichheit im System auf Grund der zwei Arten von Versicherungen schafft Nachteile. Da die Ärzte für die Behandlung von privatversicherten Patienten mehr Geld bekommen, konzentrieren sich viele ausschließlich auf diese Gruppe. Somit haben die Ärzte, die weiterhin gesetzlich Versicherte behandeln, ein höheres Patientenaufkommen.

3.2 Lösungsmuster/Ansätze und Inhalte in der Krankenhausreform 2014

Die Neuausrichtung der Krankenhausversorgung wird eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung für die neue Bundesregierung sein. Sowohl die Bundesärztekammer als auch der GKV-Spitzenverband hat bereits Position bezogen und klar gemacht, dass großer Reformbedarf in vielen Bereichen besteht.¹²⁹

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen hat es sich als oberste Priorität gesetzt, dass das Krankenhaussystem patientenorientierter wird, da der Versicherte derzeit nicht im Mittelpunkt steht. Stattdessen wird Krankenhausgesetzgebung von arbeitsmarkt-, industrie- und standespolitischen Einzelinteressen dominiert. Es wurden 14 Positionen ausgearbeitet, die sich mit der kommenden Reform ändern sollen.

Um eine bessere Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patienten zu erreichen, sollte der Gesetzgeber die freie Krankenhauswahl ermöglichen. Die freie Wahl des Krankenhauses unter qualitativen Aspekten sollte ein zentraler Ansatzpunkt der Reform sein.

¹²⁹ GKV-Spitzenverband, 14 Positionen für 2014, http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf, Zugriff am 20.05.2014

Des Weiteren wird eine Neuordnung der Krankenhausplanung und -finanzierung gefordert, da diese mit ihrem 40 jährigen Bestehen nicht mehr zeitgemäß und überholt ist. Die dynamische Planung des DRG-Fallpauschalensystems und die strukturkonservierende Kapazitätsplanung der Länder müssen besser aufeinander abgestimmt werden und den Ländern ihre Verantwortung der Investitionsfinanzierung vor Augen geführt werden. Eine Modifizierung der Krankenhausplanung ist dringend notwendig, da nicht jedes Krankenhaus wirtschaftlich erfolgreich ist und die notwendigen Leistungen erbringt. Hier sollten durch wettbewerbliche Steuerungsmechanismen und Maßnahmen zur Strukturbereinigung positive Effekte erzielt werden.¹³⁰

Es wird zudem gefordert, dass die Möglichkeit der Direktverträge besteht, um Qualitätsanreize zu schaffen und schlechte Krankenhäuser gegebenenfalls vom Markt verschwinden zu lassen. Die Option der Direktverträge würde eine erstmalige Verknüpfung zwischen Qualität, Leistung und Vergütung darstellen.

Auch die Modifikation und Verbesserung des bestehenden DRG-Systems sollte umgesetzt werden, um der besorgniserregenden Mengenentwicklung Einhalt zu gebieten. Eine Strukturreform in diesem Bereich soll die Fehlentwicklungen bremsen und durch Weiterentwicklungen beispielsweise in Bezug auf die Verweildauer oder die Integration der ambulanten Versorgung optimiert werden.

Neben einer faireren Preisgestaltung und einer Bremse für die Mengenentwicklung medizinisch fragwürdiger Operationen auf Grund von ökonomischen Interessen sollen die ambulanten Krankenhausleistungen bedarfsorientierter gestaltet werden. Hierbei müssen sowohl Preise als auch der Bedarf von Krankenkassen und Krankenhäusern kommuniziert werden.¹³¹

¹³⁰ vgl. GKV-Spitzenverband, 14 Positionen für 2014, http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf, Zugriff am 20.05.2014

¹³¹ GKV-Spitzenverband, 14 Positionen für 2014, <http://www.gkv-spitzenverband.de>

Auch der Verband der Bundesärztekammer hat im Jahr 2013 auf dem 113. Ärztetag die Forderungen der Ärzte an die kommende Krankenhausreform beschlossen. Als dringend reformbedürftig sieht die deutsche Ärzteschaft das G-DRG-Fallpauschalensystem. Die kritische Entwicklung des Mengen- und Preissystems muss überdacht werden, um den wirtschaftlichen Bestand der Krankenhäuser zu sichern. Innerhalb dieses Abrechnungssystems müssen mehr Möglichkeiten geschaffen werden, damit ökonomische Fehlanreize behoben werden und durch eine gezieltere und bedarfsgerechtere Bereitstellung der benötigten Mittel die primäre Ausrichtung der Krankenhausfinanzierung an den individuellen Patientenbedürfnissen wieder hergestellt werden kann. Weiteren erheblichen Reformbedarf sieht die deutsche Ärzteschaft bei der Investitionsförderung für Krankenhäuser.¹³²

Seit 1991 sind die Investitionsforderungen der Länder um 30 Prozent gesunken und das daraus entstandene Defizit beläuft sich auf 30 Milliarden Euro. Hier besteht großer Handlungsbedarf und, um eine weitere Ausnützung und Überlastung des Systems in Form von Erlösen aus den Fallpauschalen zu vermeiden, appelliert die Bundesärztekammer an die Regierungskoalition hier Grundlegendes zu ändern. Sowohl die Wiederaufnahme der ausreichenden Finanzierung von Seiten der Länder als auch die Weiterentwicklung der DRGs sollten laut dem Verband der Mengenentwicklung von Behandlungen und Operationen Einhalt gebieten und es den Krankenhäusern ermöglichen, auch ohne eine ständige Steigerung ihrer Zahlen ihre Kosten zu decken.

In diesen bereits genannten Punkten stimmen sowohl der GKV-Spitzenverband als auch der Verband der Bundesärztekammer überein, wogegen in Bezug auf den Abschluss von Selektivverträgen, für dessen Einführung sich die Krankenkassen einsetzen, sich die Bundesärztekammer klar dagegen ausspricht: „Die Einführung der Selektivverträge würde nachhaltig die Krankenhausplanungskompetenz der Bundesländer sowie die Planungssicherheit der Beteiligten gefährden. Für das gesundheitspolitisch übergreifend gemeinsam getragene Ziel einer Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung würden Selektivverträge durch Interessenkonflikte bei der Leistungssteuerung ein erhebliches Hindernis darstellen. Sowohl Ärz-

band.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf, Zugriff am 20.05.2014

¹³² vgl. Positionspapier der BAEK,

http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/22/aid/11491/title/Bundesaerztekammer_veroeffentlicht_Forderungskatalog_fuer_Krankenhausreform_, Zugriff am 21.05.2014

tinnen und Ärzte als auch Kliniken müssen eine klare und verlässliche Planungsgrundlage haben.“¹³³

Des Weiteren wird gefordert, dass bessere Voraussetzungen geschaffen werden, um dem bestehenden Ärzte- und Fachkräftemangel entgegen zu wirken. Die Universitäten müssen eine Neujustierung der Zugangsvoraussetzungen für das Studium der Humanmedizin vornehmen und der zukünftige Bedarf muss finanziell abgesichert werden.¹³⁴

Die große Koalition ist sich ebenfalls einig, dass das System des Krankenhaussektors einer Reform bedarf. Der Bundesgesundheitsminister möchte die Zahl der Krankenhausbetten reduzieren, um eine bessere Gesamtauslastung zu erreichen. Ferner fordert er die Krankenhäuser auf, weiter auf Qualität zu setzen, diese auszubauen und in Bezug auf den Patienten besser aufzuklären und transparenter in ihrem Leistungsangebot zu werden. Im Zuge dessen sollen Krankenhäuser für bessere Qualität Zusatzleistungen erhalten.¹³⁵

¹³³ vgl. Positionspapier der BAEK,
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/22/aid/11491/title/Bundesaerztekammer_veroeffentlicht__Forderungskatalog_fuer_Krankenhausreform_, Zugriff am 21.05.2014

¹³⁴ vgl. Positionspapier der BAEK,
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/22/aid/11491/title/Bundesaerztekammer_veroeffentlicht__Forderungskatalog_fuer_Krankenhausreform_, Zugriff am 21.05.2014

¹³⁵ vgl. Minister will Kliniken tausende Betten nehmen,
http://www.focus.de/finanzen/versicherungen/krankenversicherung/regierung-plant-krankenhaus-reform-gesundheitsminister-will-kliniken-tausende-betten-nehmen_id_3756966.html, Zugriff am 21.05.2014

4 Die Privatisierung der Krankenhäuser

Die Privatisierung von Krankenhäusern wird seit den 1990er-Jahren kontrovers diskutiert, da man sich seit Beginn dieser Entwicklung nicht einig ist, ob es einen Konflikt zwischen der Gewinnerzielungsabsicht und der Sicherung der Krankenhausversorgung gibt. In folgendem Abschnitt soll analysiert werden, ob die Entwicklung hin zu mehr Krankenhäusern in privater Trägerschaft eine Lösung beziehungsweise ein Ansatz sein könnte, um den oben beschriebenen Problemen im Krankenhauswesen entgegenzuwirken.¹³⁶

Die materielle Privatisierung von Krankenhäusern, dass heißt der Trägerwechsel von kommunalen und freigemeinnützigen hin zu privat-gewinnorientierten Trägern, ist ein sehr aktuelles Thema und gelangte nicht zuletzt durch die Übernahme der Rhön-Klinikum AG durch die Fresenius Helios wieder verstärkt in die öffentliche sowie politische Diskussion. Die Übernahme der Rhön-Kliniken machte Fresenius Helios mit 117 Krankenhäusern zum größten privaten Klinikbetreiber Europas.¹³⁷

Da die Befürchtung zwischen der Gewinnerzielungsabsicht privater Krankenhausträger und der Bereitstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Krankenhausversorgung sehr präsent ist, brachte der Bundesverband der Deutschen Privatkliniken (BDPK e. V.) im Jahr 2012 ein Faktenbuch „zur Bedeutung der Krankenhäuser mit privater Trägerschaft“ heraus, welches das Ziel hatte, eine empirisch fundierte Bewertung der Krankenhausprivatisierung in Deutschland darzulegen und somit das Argument, dass die Befürchtung berechtigt wäre, zu widerlegen. Man orientierte sich an Faktoren wie Wirtschaftlichkeit, Ertragskraft, Investitionsfähigkeit und Beteiligung an der medizinischen Versorgung sowie der medizinischen Qualität.¹³⁸

¹³⁶ vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 207

¹³⁷ vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 207-208

¹³⁸ vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 208

Seit etwa 20 Jahren findet ein Strukturwandel von freigemeinnützigen und öffentlichen hin zu den privaten Krankenhäusern in Deutschland statt und kaum ein anderer Markt ist in den nächsten Jahren von so großen Umwälzungen betroffen. Im Jahr 2013 hatten die privaten Träger bereits einen Marktanteil von 16,3 Prozent. Steigende Ausgaben und eine zunehmend desolate Situation der öffentlichen Haushalte erhöhen den Druck auf viele Krankenhäuser in nicht-privater Trägerschaft. Private Träger haben jedoch die Möglichkeit, notwendige Investitionen für Wachstum und Innovationen zu tätigen. Dadurch hätten die Kliniken die Chance, langfristig und erfolgreich am Markt zu bestehen. Diese Investitionen sind notwendig, um im rasch wachsenden Markt nicht unter zu gehen.¹³⁹ Warum und weshalb sich diese Form der Trägerschaft im deutschen Krankenhaussystem bewährt und sich als effizient darstellt, wird die Erläuterung der Vor- und Nachteile im Anschluss zeigen.

4.1 Vorteile

Im Wesentlichen unterscheiden sich Krankenhäuser in privater Trägerschaft von kommunalen und freigemeinnützigen durch die Tatsache, dass privates Eigenkapital im Unternehmen eingesetzt wird. Die Nutzung von privatem Eigenkapital ist mit Kapitalkosten verbunden, die sich in Form von jährlichen Ausschüttungen äußern. Dies wiederum entzieht dem Krankenhaus auf der einen Seite Investitionskraft, jedoch kann im Zuge dessen Kapital am Kapitalmarkt akquiriert werden und zu einer deutlichen Erhöhung der Investitionskraft führen. Durch die potenzielle Ausschüttung von Gewinnen an externe Kapitalgeber erhöht sich deren Interesse zu investieren. Hierin besteht der Vorteil für Kliniken in privater Trägerschaft. Sie sind nicht auf die knappen öffentlichen Fördermittel, die einen stetigen Rückgang verzeichnen und zu einer spürbaren Investitionslücke in den letzten Jahren geführt haben, die bei privater Trägerschaft durch Eigenkapital gedeckt werden konnte und kann, angewiesen.¹⁴⁰

¹³⁹ vgl. Kearny, A.T., Finanzierung durch Privatisierung des Gesundheitswesens, Deutscher Gesundheitsmarkt macht Private Equity-Investoren Appetit, Krankenhaus IT-Journal, 29.06.2006, Seite 26

¹⁴⁰ vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 209-211

Ausreichende Investitionen sind notwendig, um Betriebsabläufe zu optimieren und Versorgungsinnovationen umzusetzen. Im Hinblick auf das neue Gesundheitsbewusstsein und -verständnis der Patienten wird Qualität immer wichtiger und generiert somit Patienten.

Ein weiterer großer Vorteil privater Einrichtungen ist, dass sie häufig ein professionelles Aufsichtsgremium und ein erfolgsorientiertes Management haben, welches für ökonomische Erfolge sorgt. Zudem führt dies bei erfolgreicher Führung zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Wettbewerbsposition, Steigerung der Qualität und höheren Patientenzahlen.¹⁴¹

Im Gegensatz zu der Verwaltung in nicht-privaten Krankenhäusern, die sich hauptsächlich um das Tagesgeschäft und kurz- und mittelfristige Planungen kümmert, verfolgen die Gremien in den privaten Kliniken langfristige Unternehmensstrategien, die es ihnen ermöglicht, auf lange Sicht zu wirtschaften und zu planen. Darüber hinaus sind sie unabhängig von kommunalpolitischen Entscheidungen und können Rationalisierungspotenziale leichter erkennen und erheben.¹⁴²

Private Krankenhäuser agieren oft sehr viel wirtschaftlicher und haben eine höhere Auslastung und Effizienz in ihren Betriebsabläufen. Dafür sorgt ein kostensensibles Management, welches zu einer effektiven Arbeitsproduktivität führt und Prozesse in jedem Bereich optimiert.

Weitere Forderungen des GKV-Spitzenverbandes sind: Verhandlungen auf Landesebene stärken, ambulante Krankenhausleistungen bedarfsorientiert gestalten, fehlerhafte Abrechnungen reduzieren, Nutzen von Innovationen ermitteln sowie qualitätsorientierte Vergütung zu ermöglichen.¹⁴³

¹⁴¹ vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 211-212

¹⁴² vgl. Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag, Seite 212

¹⁴³ vgl. Hörner, Richard, Privatisierung von Kliniken. Patientenglück?, <http://www.freitag.de/autoren/richardhoerner/privatisierung-von-kliniken-patientenglueck>, Zugriff am 18.05.2014

4.2 Nachteile

Mit der Privatisierung etabliert sich in den Krankenhäusern ein effizientes und Kosten einsparendes Management, das sowohl Rationalisierungsprozesse sowie Sparmaßnahmen umsetzt. Dies hat zur Folge, dass in vielen Kliniken ein Personalabbau stattfindet und das bestehende Personal zugleich besser und mehr ausgelastet wird. Das erheblich angestiegene Arbeitsvolumen zeigt sich in Überbelastung und massiver Zunahme der Überstunden.

Zudem kommt es immer häufiger dazu, dass Personalservicekräfte und Arzt-Patienten-Manager bei größeren Engpässen beauftragt wurden und somit teure durch billigere Arbeitskräfte ersetzt wurden. Die Löhne der Beschäftigten sind nur auf Grund von Arbeitskampfmaßnahmen auf Tarifniveau, da viele private Träger ausschließlich Hausverträge abschließen. In nicht-privaten Krankenhäusern sind 85,7 Prozent der Beschäftigten tarifgebunden und Angestellte des Öffentlichen Dienstes, in privaten Häusern liegt der Anteil lediglich bei 14,1 Prozent.¹⁴⁴

Nicht nur in Bezug auf die medizinische Seite sind Nachteile vorhanden. Auch von Seiten des Staates und der Länder ergeben sich negative Aspekte. Der Einfluss auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung schwindet, da private Häuser unabhängig agieren können und finanziell nicht auf öffentliche Gelder angewiesen sind. Die Tatsache, dass private Einrichtungen wirtschaftlich rentabel laufen müssen, setzt den täglichen Betrieb unter Druck, da beispielsweise die Anteilseigner ihre Rendite ausgezahlt bekommen möchten und nicht selten eine Steigerung erwarten. Fraglich ist, ob unter diesen Gesichtspunkten die optimale Patientenversorgung noch die Maxime ist und nicht durch die Gewinnerzielung in den Schatten gestellt wird.¹⁴⁵

¹⁴⁴ vgl. Hörner, Richard, Privatisierung von Kliniken. Patientenglück?, <http://www.freitag.de/autoren/richardhoerner/privatisierung-von-kliniken-patientenglueck>, Zugriff am 18.05.2014

¹⁴⁵ Die Zukunft kommunaler Krankenhäuser, Privatisierung als Option?, http://www.kas.de/wf/doc/kas_5582-1442-1-30.pdf?120116135306, Zugriff am 22.05.2014

5 Konklusion

Wir haben gesehen, dass die Reform eine Leidensgeschichte eigener Art ist, die noch keineswegs beendet ist. Es drängt sich der Eindruck auf, dass dabei immer zu kurz gegriffen wurde und deshalb ständig nachgebessert werden musste. 2014 steht wieder eine große Reform an und niemand rechnet wirklich damit, dass diesmal alle Unzulänglichkeiten beseitigt werden. Die Sache ist einfach sehr komplex und bedürfte schmerzhafter Einschnitte, wie beispielsweise Einsparungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen.

Aber wie sich gezeigt hat, sind zu viele Interessenvertreter am Werk. Sie versuchen, das Rad der Geldströme auf ihre Einsätze zu lenken – wie im Roulette. Dabei geht es ja eigentlich nur um das Wohl der Menschen, Heilung und die Vermeidung von Leid und Krankheit und nicht etwa darum, den Patienten viele Chemikalien einzuflößen und möglichst viele Einheiten von höchstentwickelter Technologie zu verpassen, um die teuren Maschinen abzuschreiben. So ist aber zuweilen der Eindruck. Auch eine noch so ausgeklügelte leistungsbezogene Budgetierung und Abrechnung muss sich fragen lassen, nach welchen Vorgaben sie denn die Leistungserbringung berechnet. Wenn die Zahlen nämlich immer an den im Vorjahr zum Einsatz gebrachten technischen und pharmazeutischen Instrumenten ausgerichtet sind, wird ein Krankenhaus keine billigeren Heilmethoden einsetzen, weil das Budget dann ja um diesen Betrag gekürzt würde. Das ist der bekannte Teufelskreis, der all diesen Systemen der Budgetfortschreibung zugrunde liegt. Jeder Interessenvertreter versucht, darin die Nische für sein Klientel zu erweitern. Eine Vertretung des eigentlich Betroffenen, nämlich des Patienten- oder Versicherten

Wollte man nun aus dem Gesagten den Schluss ziehen, dass es sinnvoll wäre, einen noch größeren Anteil der Krankenhäuser oder wohlmöglich alle Krankenhäuser von privaten Investoren finanzieren und managen zu lassen, dann würde man natürlich übersehen, dass viele öffentliche und frei gemeinnützige Häuser bewusst Aufgaben übernehmen oder zu übernehmen verpflichtet sind, die private aus wirtschaftlichen Gründen gar nicht erst in Erwägung ziehen.

Diese Unterscheidung hier im Detail vorzunehmen, würde den Rahmen der Arbeit sprengen, aber dass es so ist, darüber gibt es kaum Streit.

Es kann hier nicht darum gehen, Lösungsvorschläge zu unterbreiten, zu denen die gesamte politische und intellektuelle Elite Deutschlands bisher nicht in der Lage war. Andererseits sind die Reform-Bemühungen und ihre positiven Auswirkungen auf keinen Fall zu unterschätzen. Immerhin ist die medizinische Versorgung trotz vieler Mängel, die ihren Ursprung in ausuferndem Eigennutz, Ehrgeiz, unbeeinflussbaren Umständen oder Überforderung haben mögen, im internationalen Vergleich sehr gut und effizient. Alle Interessengruppen haben ihre Verbände, die wiederum Studien zu ihrer Rechtfertigung vorweisen können. Es ist schier unmöglich, im Rahmen dieser Arbeit ein wirklich ausgewogenes Urteil zu finden.

Eine Reform, die nach so vielen Anläufen ihres Namens würdig wäre, müsste – nach der vorangegangenen Analyse – folgende Merkmale aufweisen:

- transparente Kostenstrukturen und
- begründete Ausschlusskriterien von Heilmethoden, von denen die Schulmedizin häufig zu spät Notiz nimmt.

Es gibt viele Schwachpunkte, auf die hier hingewiesen wurde und an denen zu arbeiten mit Sicherheit von Vorteil sein wird. Visionen, Initiativen und rechnerische Rationalität sind ebenso gefragt wie eine nachhaltige Sorge für die Schwachen im Sinne eines wohlverstandenen Gemeinwohldenkens.

Mit Sicherheit muss es für die Pflegekräfte attraktiver werden, ihren aufreibenden Beruf als Heilberuf ausüben zu können. Die Ärzte und ihre Familien müssen spüren, dass ihr Einsatz und ihr Verantwortungsbewusstsein zählen.

Ein Punkt, der aber auf jeden Fall in Zukunft noch viel mehr Berücksichtigung finden sollte als die aufwendige Behandlung und das zuweilen Experimentieren mit kostspieligen Methoden und Mitteln, ist die Vermeidung und Vorsorge vor Erkrankung. Davon ist in dieser Diskussion vergleichsweise wenig zu lesen und zu hören.

Ob die Privatisierung des Systems eine Lösung für die vorhandenen und zukünftigen Probleme sein kann, ist fraglich, da auch diese Form Vor- und Nachteile mit sich bringt.

Anlagen

Literaturverzeichnis:

Berg, Waldemar, Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus, Oldenburg Verlag, 2008

Juszczazek, Jens, Internationale Patienten in deutschen Kliniken: Ansätze zu Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland, Band 8, 2007

Kampe, Dieter M., Bächstädt Karl-Heinz, Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung, WIKOM-Verlag, 2007

Klauber Jürgen, Geraedts Max, Friedrich Max, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2014, Schwerpunkt: Patientensicherheit, Schattauer Verlag

Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich Jörg, Wasem Jürgen, Krankenhausreport 2013, Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?, Schattauer Verlag,

Krankenhausrecht 2005, Verlag C.H. Beck, 2005

Kurscheid, Clarissa, Die zukünftige Rolle öffentlicher Krankenhäuser im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft, 2010

Lang, Sebastian, Die DRG-Systematik in der deutschen Krankenhausfinanzierung, Reihe V, Volks- und Betriebswirtschaft, Peter Lang Verlag, 2009

Oberender, O., Peter; Quintus, Markus; Ältere Menschen in der Medizin und Gesellschaft, P.C.O. Verlag, 2009

Pfeiffer, Leber, Krankenhausfinanzierung, Zentrale Fragestellungen und ihre Lösungen, Luchterhand Verlag, 2011

Richter, Antje; Bunzendahl, Iris; Altgeld, Thomas, Dünne Rente – Dicke Probleme, Mabuse-Verlag, 2008

Sozialgesetzbuch V

Weyel Andreas, Mühlhauser Thorsten, Reformen im Gesundheitswesen, Verlag Dr.Dr. Rolf Glazinski, 2003

Internetquellen:

Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland,

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>, Zugriff am 18.04.2014

Arbeiten in der Krankenhausverwaltung,

<http://www.abi.de/orientieren/berufsarbeitsfelder/branchen/nicht-aerztliche-berufe-im-kra010355.htm>, Zugriff am 14.05.2014

Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit,

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>, Zugriff am 21.05.2014

Besser Notfallversorgung, mehr Qualität durch die neue Krankenhausreform 2014

<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenhausreform-bis-en-de2014-bessere-notfallversorgung-mehr-qualitaet-12661240.html>, Zugriff am 18.03.2014

Bundesanzeiger Nr. 173 vom 9.09.1954,

http://books.google.de/books?id=f6hEL98fBzAC&pg=PA71&lpg=PA71&dq=Bundesanzeiger+9.9.1954&source=bl&ots=E9ESQFhDAI&sig=0LKK0A-LvY_V-V_bt8YKOKKeVTo&hl=de&sa=X&ei=QzVzU4bbO8iayAOa0IAo&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q=Bundesanzeiger%209.9.1954&f=false, Zugriff am 15.04.2014

Charakteristika der Krankenhausversorgung, komplexe Finanz- und Versorgungsstrukturen;

http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen/charakteristika_der_krankenhausversorgung/index.ger.html, Zugriff am 10.04.2014

Charlotte Frank, Wo das Spital gefürchteter war als der Tod,

<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/geschichte-des-krankenhauses-wo-das-spital-gefuerchteter-war-als-der-tod-1.1316825>, Zugriff am 19.03.2014

Der Duden, <http://www.duden.de/rechtschreibung/prospektiv>, Zugriff am 09.05.2014

Dr. Augurzky, Boris, Krankenhaus Rating Report 2013 (Teil 1) – Neue Bundesländer stehen am besten da, <http://www.iww.de/cb/management/krankenhausmanagement-krankenhaus-rating-report-2013-teil-1-neue-bundeslaender-stehen-am-besten-da-f67395>, Zugriff am 05.05.2014

Eckdaten der Krankenhausstatistik,
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/08/PD13_286_231.html, Zugriff am 30.04.2014

Ersatzkassen mahnen die Krankenhausreform an,
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57299/Ersatzkassen-mahnen-Krankenhausreform-an>, Zugriff am 18.03.2014

Fachkräftemangel weiterhin ein dringendes Problem im Krankenhaus,
<https://www.dki.de/pressemitteilungen/fachkraeftemangel-weiterhin-ein-dringendes-problem-im-krankenhaus>, Zugriff am 25.05.2014

Finanzergebnisse im 1.Halbjahr 2013,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2013-03/positive-finanzielle-bilanz-der-gkv.html>, Zugriff am 26.05.2014

Gesetzliche Krankenkassen, Mitgliederstärke,
<http://www.versicherungsjournal.de/daten/artikelbilder/diagramme/gkv-krankenkassen-mitgliederstaerke-2014-1-dfg-wichert.gif>, Zugriff am 29.04.2014

GKV-Spitzenverband, 14 Positionen für 2014, http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_1414_Reform_Krankenhausversorgung_web_barrierefrei.pdf, Zugriff am 20.05.2014

Henrich Anke, Chronische Probleme in deutschen Kliniken,
http://www.wiwo.de/unternehmen/dienstleister/krankenhaeuser-chronische-probleme-in-deutschen-kliniken/v_detail_tab_print/6306192.html, Zugriff am 30.05.2014

Herden, Tim, Mehr Wettbewerb über Kassenbeiträge?,
<http://www.tagesschau.de/inland/krankenkassenreform100.html>, Zugriff am 19.05.2014

Hoffmann, Wolfgang, Kostendämpfungsgesetz: Vieles in der Schwebe, Die Zeit,
05.08.1977, <http://www.zeit.de/1977/32/vieles-in-der-schwebe>, Zugriff am 09.05.2014

Hörner, Richard, Privatisierung von Kliniken. Patientenglück?,
<http://www.freitag.de/autoren/richardhoerner/privatisierung-von-kliniken-patientenglueck>, Zugriff am 18.05.2014

Hygienemangel, Klinikqualität wird strenger geprüft,
<http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/hygienemaengel-klinik-qualitaet-wird-strenger-geprueft-a-900551.html>

Krankenhaus nach Trägerschaft,
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157072/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-nach-traegerschaft/>, Zugriff am 14.04.2014

Krankenhausbarometer 2013, DKI,
http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2013.pdf, Zugriff am 02.05.2014

Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht,
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102089004.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 13.05.2014

Krankenhausfinanzierung, <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausfinanzierung>, Zugriff am 05.05.2014

Krankenhausfinanzierung, http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp, Zugriff am 25.03.2014

Krankenhauspatientinnen- und patienten 2012 nach Altersgruppen in 1000,
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/62/aid/10908/title/Krankenhausstatistik_2012_%28vorlaeufige_Ergebnisse%29, Zugriff am 30.04.2014

Medikamente richtig einnehmen, Non-Compliance verursacht hohe Kosten, www.gfi-online.de/artikel/52684, Zugriff am 12.05.2014

Nanette Peithmann, Der schwarze Tod – die Pest wütet über Europa,
http://www.planet-wissen.de/politik_geschichte/mittelalter/leben_im_mittelalter/pest.jsp, Zugriff am 26.03.2014

Patientenorientierung im Krankenhaus, Chancen durch eine angekündigte Krankenhausreform?,
http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen_im_krankenhaus/patientenorientierung_im_krankenhaus/index_ger.html, Zugriff am 12.05.2014

Patientenorientierung im Krankenhaus, Chancen durch eine angekündigte Krankenhausreform?,
http://www.patientenpolitik.de/content/archiv/2013/september/patientenorientierte_versorgungsstrukturen_im_krankenhaus/patientenorientierung_im_krankenhaus/index_ger.html, Zugriff am 14.05.2014

Pons, Onlinewörterbuch, <http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/lateindeutsch/reformare>, Zugriff am 26.03.2014

Positionspapier der BAEK,
http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/22/aid/11491/title/Bundesaerztekammer_veroeffentlicht_Forderungskatalog_fuer_Krankenhausreform_, Zugriff am 21.05.2014

Preisgesetz, <http://de.inforapid.org/index.php?search=Bundespflegesatzverordnung>, Zugriff am 14.05.2014

Schmelzer, C.; Welte, J., Klinik-Manager: "Ja, auch wir haben ein Personalproblem", <http://www.tz.de/muenchen/stadt/klinik-manager-ja-auch-wir-haben-personalproblem-891640.html>, Zugriff am 19.05.2014

Schülbe, Dana, Jede vierte Klinik ist von der Pleite bedroht, <http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/news/jede-vierte-klinik-ist-von-der-pleite-bedroht-aid-1.3448321>, Zugriff am 02.05.2014

Sivabalan, Sharmila, Krankenhausinformationssysteme, <http://lrb.cs.uni-dortmund.de/~hildebra/Seminare/Presentations/modinf/kis.pdf>, Zugriff am 13.05.2014

Stein, Rosemarie, Zwischen Übertherapie und blutiger Entlassung, Der Tagesspiegel, 26.02.2014, www.tagesspiegel.de/wissen/zwischen-uebertherapie-und-blutiger-entlassung-die-ware-gesundheit/v_print/9537168.html?p=, Zugriff am 11.05.2014

Yolcu, Ekrem, Familienplanung und Abtreibung aus arabischer Sicht, <http://www.enfal.de/famplan.htm>, Zugriff am 03.04.2014

Zahlen-Daten-Fakten „Pflege“, <http://www.dbfk.de/Startseite/Aktion-Tausche-wichtigen-gegen-guten-Arbeitsplatz/Zahlen---Daten---Fakten-Pflege-2012-01.pdf>, Zugriff am 25.05.2014

Fachzeitschriften:

Das Gesundheitswesen, Georg Thieme Verlag, 2012, 17. Ausgabe, Seite 73-78

Deutsches Ärzteblatt, Dr. Sonnenmoser Phil, Viele Versorgungsengpässe, Heft 4, April 2011

Deutsches Ärzteblatt, Sonnenmoser, Marion: Fehlende Compliance: Patienten, die dem Arzt etwas vorgaukeln, 2005; 102(10): A-704/B-596/C-556

DGVP e.V. GZ

DMW Dr. Weiss, Johannes, Nr.1/2, 08.01.2010

F&W, Flieger, K.: Medizin made in Germany auf dem globalen Gesundheitsmarkt, 21.Jahrgang (2004), Nr.2, Seite 154-156

Krankenhaus IT-Journal, Kearny, A.T., Finanzierung durch Privatisierung des Gesundheitswesens, Deutscher Gesundheitsmarkt macht Private Equity-Investoren Appetit, 29.06.2006

Politische Bildung, Bandelow C. Nils, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Kooperatismus zum Pluralismus, Ausgabe 37/2, 2004, Seite: 49-63

Tagesspiegel, Frenzel, Veronica, Letzte Rettung Deutschland, Tagesspiegel, 27.03. 2014

Anlagen

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname